



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Susana Cristina Bernardino Leitão

**Sexualidade e Intimidade de Pessoas Mais Velhas em ERPI:
“Essas Coisas Acabaram”**

Curso de Mestrado em Gerontologia Social

**Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Carla Faria
Professora Doutora Isabel Amorim**

Novembro, 2016

RESUMO

O fenómeno do envelhecimento (demográfico e individual) é um assunto de crescente interesse e preocupação mais ou menos informado por políticos e cientistas, que acordaram para o “*Grey Power*” quando este começou a impor-se nos diversos contextos. Um pouco por todo o mundo, foi-se percebendo que havia de facto um desafio com as potenciais despesas na Saúde e no sistema de Segurança Social e, simultaneamente, uma oportunidade com um mercado emergente de necessidades e serviços.

O envelhecimento individual estabelece-se como um fenómeno biopsicossocial complexo, multidirecional, multidimensional e multicausal, regulado por ganhos e perdas e que contém o cunho de dois aspetos fundamentais que exercem influência, o lugar e o tempo histórico-cultural em que a pessoa vive. Nas últimas décadas a investigação tem reunido um corpo crescente e sistemático de evidências que permitem compreender muitas das dimensões deste processo, salientando o papel ativo e dinâmico da pessoa no seu próprio processo de desenvolvimento e envelhecimento.

As questões da sexualidade e intimidade são transversais em qualquer idade, logo deverão ser também analisadas no envelhecimento, tal como ocorre em outras etapas da vida. A par de crenças e mitos acerca das pessoas idosas e da velhice, surge a vivência e a expressão da sexualidade, muitas vezes relegada para segundo plano, por se considerar que nesta etapa da vida a pessoa se torna num ser assexuado.

Porque consideramos que a sexualidade e intimidade devem ser conceptualizadas e estudadas numa linha desenvolvimental, uma vez que estas vivências fazem parte integrante do desenvolvimento pessoal ao longo de todo o ciclo vital, o presente estudo de natureza qualitativa, de tipo fenomenológico, tem como objetivo compreender de que forma a sexualidade e intimidade é vivida e experienciada por idosos institucionalizados. Participaram no estudo nove pessoas de ambos os sexos residentes numa Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas que foram entrevistadas com recurso a uma entrevista semiestruturada desenhada especificamente para o presente estudo.

A análise conteúdo das entrevistas permitiu identificar a existência de um tema comum – *Sexualidade e Intimidade na Velhice*, que integra dois domínios: *Vivência da sexualidade e intimidade* e *Posicionamento face à intimidade e sexualidade na velhice*. O primeiro domínio integra sete categorias (1) *Vivência da sexualidade*; (2) *Vivência da intimidade*; (3) *Motivos*; (4) *Constrangimentos à vivência da sexualidade e intimidade*; (5) *Estratégias pessoais* e (6) *Manifestações do envelhecimento* e (7) *Efeitos geracionais*; e o segundo domínio agrega quatro categorias: (1) *Conceção de sexualidade e intimidade*, (2) *Posicionamento face à sexualidade na velhice*, (3) *Conselhos e orientações* e (4) *Perspetivas sociais sobre a sexualidade na velhice*.

Face aos resultados obtidos é possível constatar a heterogeneidade na vivência da sexualidade e intimidade ao longo da vida, tornando-se evidente a presença de diferenças de género no modo como os participantes experienciaram e vivenciaram a intimidade e sexualidade antes e após a institucionalização. Especificamente, é evidente que a vivência da sexualidade e intimidade é influenciada pelas práticas educativas e valores morais/religiosos e pelos acontecimentos de vida, essencialmente o casamento como marco para o início da sexualidade feminina. Também ficou claro que a institucionalização por si mesma não parece constituir um fator de alterações na vivência da sexualidade e intimidade para os participantes no estudo, sendo a morte ou ausência do cônjuge ou parceiro e as fragilidades físicas apontadas como principais fatores para alterações nesta vivência. Os participantes distinguem o conceito de sexualidade do de intimidade, estando a sexualidade ligada diretamente à expressão de afetos (amor e carinho) e a intimidade suportada por sentimentos positivos como confiança e amizade.

Em suma, a sexualidade e intimidade ao longo da vida e, principalmente, na velhice parece constituir-se como um processo heterogéneo, sendo consideradas estas vivências como positivas e necessárias mesmo na velhice e em ambiente institucional. Os participantes apresentaram um discurso reflexivo, com grande capacidade de abertura ao tema, desprovido de preconceitos, mas reconhecendo a sua existência por parte da Sociedade. Deste modo, os resultados permitem o desenvolvimento de orientações para a prática gerontológica, nomeadamente ao nível da formação dos profissionais nesta área, da educação da Sociedade e do trabalho direto com os mais velhos.

Palavras-Chave: Sexualidade, Intimidade, Envelhecimento, Institucionalização, Gerontologia Social

ABSTRACT

The aging phenomenon (demographic and individual) is a recent subject of concern more or less informed by politicians and scientists, that woke up to the "Grey Power", when it began to impose on different contexts. A little all over the world, it was realized that there it was indeed a challenge with the potential expenditures on Health and the Social system and, simultaneously, an opportunity with an emerging market of needs and services.

Individual aging is a complex biopsychosocial, multidirectional, multidimensional and multi-causal phenomenon, regulated by gains and losses, encompassing two key aspects which have influence, the place and historical-cultural time in which the person lives. In the last decades, the investigation has collected a growing and systematic body of evidence which allow understanding many of the dimensions of this process, emphasizing the active and dynamic role of the person in his/her own development and aging process.

Sexuality and intimacy issues are transversal at any age, this way they should also be analyzed in the aging process, as it occurs in other life phases. Along with beliefs and myths about the elderly and old age, the experience and expression of sexuality and intimacy, often relegated to the background, because it is considered that at this stage of life the person becomes asexuated, emerge.

As we consider that sexuality and intimacy should be conceptualized and studied in a developmental perspective, since these experiences are intrinsic to the personal development throughout the life cycle, the present phenomenological study aims to understand how sexuality and intimacy are lived and experienced by institutionalized elders. Nine people of both sexes residing in a Residential Structure for the Elderly were interviewed using a semi-structured interview specifically designed for the present study.

The interviews content analysis allowed identifying a common theme - *Sexuality and Intimacy in Old Age*, which integrates two domains: *Sexuality and intimacy experience* and *Positioning towards intimacy and sexuality in old age*. The first domain integrates seven categories (1) *Sexuality experience*; (2) *Intimacy experience*; (3) *Reasons*; (4) *Constraints to the sexuality and intimacy experience*; (5) *Personal strategies* and (6) *Aging Manifestations* and (7) *Generational effects*; and the second domain encompasses four categories: (1) *Conception of sexuality and intimacy*, (2) *Positioning towards sexuality in old age*, (3) *Advice and guidance*, and (4) *Social perspectives on sexuality in old age*.

Given the obtained results, it is possible to verify the heterogeneity in the sexuality and intimacy experience throughout life, and the gender differences in the way participants lived and experienced intimacy and sexuality before and after institutionalization becomes evident. Specifically, it is evident that the sexuality and intimacy experience is influenced by educational practices and moral/religious values and by life events, essentially marriage as the beginning of female sexuality. It also became clear that institutionalization by itself does not appear to be a factor changing the sexuality and intimacy experience for the participants, being the death or absence of the spouse or partner and the participants' physical fragilities, identified as the main factors changing this experience. Participants distinguish the concept of sexuality from that of intimacy, with sexuality being directly linked to the expression of affection (love and affection) and intimacy supported by positive feelings such as trust and friendship.

In short, sexuality and intimacy throughout life and, especially, in old age seems to be a heterogeneous process, and these experiences are considered positive and necessary even in the old age and in an institutional environment. Participants presented a reflective speech, with a great capacity for openness and reflection on the subject, devoided of prejudices, but acknowledging their existence on Society. This way, the results allow the development of guidelines for gerontological practice, namely on the training of professionals in this area, the education of the Society and the direct work with the elderly.

Key words: Sexuality, Intimacy, Aging, Institutionalization, Social Gerontology

November, 2016

DEDICATÓRIA

A presente dissertação é dedicada aos meus pais que sempre acreditaram em mim ao longo de toda a minha vida académica e nunca me deixaram desistir!

Os nossos pais amam-nos porque somos seus filhos, é um facto inalterável. Nos momentos de sucesso, isso pode parecer irrelevante, mas nas ocasiões de fracasso, oferecem um consolo e uma segurança que não se encontram em qualquer outro lugar!

(Bertrand Russel)

AGRADECIMENTOS

A concretização desta dissertação só foi possível graças ao suporte e apoio dado por pessoas muito especiais, que sempre acreditaram em mim e que estiveram presentes nos momentos de maior dificuldade. Sinto-me abençoada por ter ao meu lado pessoas tão incríveis.

À Professora Doutora Carla Faria e à Professora Doutora Isabel Amorim um agradecimento muito sincero por me terem concedido a oportunidade de investigar a sexualidade e intimidade na velhice. A ambas agradeço a disponibilidade, sabedoria e ensinamentos constantes em todo o processo de orientação científica desta dissertação, tendo sido para mim um privilégio ter sido vossa mestrandia.

À minha orientadora, Professora Doutora Carla Faria, um agradecimento muito especial, pois para além de todo o profissionalismo no desempenho das suas funções, agradeço os momentos de apoio, incentivo e amizade, o tempo despendido comigo, os conselhos sábios, críticas, correções e sugestões que conduziram à construção deste projeto e de todos os esforços realizados de trabalho conjunto, que foram essenciais para a concretização desta dissertação. Não posso deixar de afirmar o seu contributo no meu crescimento pessoal e profissional, tendo o mesmo sido conquistado e partilhado ao longo deste último ano. Por tudo aquilo que fez por mim e me ensinou, o meu mais sincero obrigada.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Isabel Amorim, agradeço o contributo do seu conhecimento especializado sobre o tema e a sua amizade e disponibilidade na construção da presente dissertação.

Agradeço aos participantes deste estudo, pela confiança e disponibilidade, assim como à Direção da instituição onde o estudo decorreu.

À minha colega e amiga Vânia Pires pelo suporte emocional e pela força transmitida em todo este percurso. Aos meus amigos e à minha família muito obrigada, em particular a minha irmã Adelaide e ao meu sobrinho André pelas palavras de incentivo e amizade.

À Dra. Sónia Pereira agradeço toda a dedicação e apoio realizado na recolha de dados e pelo tempo despendido com o meu estudo.

Às minhas colegas de turma Cláudia, Nathalie e em especial à Célia obrigada por me acompanharem nesta jornada, foi muito bom partilhar com vocês todos estes momentos.

Aos meus filhos, Bruna Freitas e Rodrigo Freitas não tenho palavras para descrever toda a gratidão que tenho para com vocês, por serem o meu porto de abrigo, por não me deixarem desistir nos momentos de maior fragilidade emocional e cansaço e por toda a compreensão e amor para com a vossa mãe.

Ao meu marido Eusébio Freitas agradeço todo o apoio dado ao longo de todos estes anos, pelo incentivo e amizade, pelas palavras de apoio e de conforto, pela partilha das alegrias e pelo ombro amigo nas desilusões. Agradeço-lhe a compreensão das minhas ausências, da falta de tempo para sair e por ter ficado tantas e tantas vezes sozinho, para que eu me focasse nos objetivos a que me tinha proposto.

Ao meu marido e aos meus filhos muito obrigada pelo vosso amor!

Muito obrigada a todos vós!

ÍNDICE

RESUMO	V
ABSTRACT	VII
DEDICATÓRIA	IX
AGRADECIMENTOS	XI
ÍNDICE.....	XIII
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E EMPÍRICO.....	23
1. Gerontologia Social e Envelhecimento	25
1.1. Gerontologia e Gerontologia Social.....	25
2. O Envelhecimento Humano	27
2.1. Envelhecimento Demográfico	27
2.2. Envelhecimento Individual	29
2.3. Terceira e Quarta Idade.....	31
2.4. Envelhecimento Normal, Patológico e Saudável.....	33
3. Sexualidade e Intimidade na Velhice	35
3.1. Sexualidade: conceito e representações históricas.....	35
3.2. Fatores que influenciam a vivência da sexualidade na velhice: biofisiológicos e psicossociais	40
3.3. Conceito de Intimidade	47
3.4. Contributos da Teoria da Vinculação para a compreensão da Intimidade	50
3.5. Teoria da Seletividade Socioemocional: a sociabilidade dos mais velhos	56
3.6. Sexualidade e Intimidade: evidências da investigação.....	59
3.7. Sexualidade e Intimidade na velhice: Estereótipos e preconceitos da sociedade moderna.....	66
4. Institucionalização e vivência da sexualidade e intimidade	68
CAPÍTULO II - CONTEXTUALIZAÇÃO, OBJETIVO E MÉTODO	75
Objetivo do estudo	78
Participantes	79
Instrumentos.....	79
Procedimentos de recolha e análise de dados	79
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
Apresentação dos resultados	85
Discussão dos Resultados	105
CONCLUSÃO.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Representação da evolução dos três motivos sociais ao longo do ciclo de vida	58
Figura 2. Espiral de análise de dados na investigação qualitativa	80
Tabela 1. Tema, domínios e categorias de análise	85

INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda o tema da sexualidade e intimidade na velhice em idosos institucionalizados. O envelhecimento “foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte” (Paúl & Fonseca, 2005, p.21). A leitura histórica sobre as representações dos indivíduos idosos em vários tempos e contextos é diversificada, surgindo imagens dos mais velhos como sendo respeitados e valorizados e outras em que são ridicularizados e mesmo alvo de chacota. Naturalmente, o envelhecimento enquanto processo, à semelhança do que se processa em outros períodos de vida, integra mudança e continuidade (Baltes, 1997), sendo que os acontecimentos de vida podem assumir-se como centrais em todo este processo pelos desafios, exigências e potencialidades que colocam à pessoa (Baltes, Lindenberger & Standing, 2006). No entanto, não é possível compreender o processo de envelhecimento, que é altamente complexo e heterogêneo, sem uma leitura contextualizada em termos ambientais, sociais, culturais e históricos. Assim, o envelhecimento pode ser definido como um processo contínuo e individual, iniciando-se com o nascimento e finalizando-se com a morte, existindo determinantes psicológicos, contextuais e pessoais que influenciam o processo de envelhecimento. Com efeito, ao longo da vida os indivíduos definem objetivos profissionais, pessoais e familiares, dando sentido à sua existência, selecionando e otimizando recursos para os atingir, hierarquizando os mesmos. Ressalva-se que se trata de um processo de adaptação no qual atuam mecanismos preventivos e corretivos que podem ser facilitados pelos recursos internos e externos (recursos sociais e económicos), resultando em bem-estar e adaptação.

Considerando-se que nas últimas décadas se tem verificado um aumento exponencial do envelhecimento demográfico, consequência do aumento da esperança média de vida e do declínio da fecundidade, constata-se grandes transformações que têm conduzido a um progressivo envelhecimento da população em todo o mundo, principalmente nos países ditos mais desenvolvidos, colocando as sociedades perante delicados desafios económicos e sociais, difíceis de responder. Porque trabalhamos com velhos ou porque estamos ligados por afetos a velhos e, porque queremos ter o privilégio de envelhecer é que este assunto nos interessa e se tornou prioritário para pessoas e governos. Neste sentido e, perante o envelhecimento demográfico é que nos parece ser pertinente estudar os aspetos da sexualidade e intimidade na velhice, não somente devido à questão da longevidade, mas também porque os estudos existentes nesta temática são francamente insuficientes. Adicionalmente, parece-nos determinante referir que existe uma série de fatores que influenciam a vivência da sexualidade e intimidade neste período da vida, pelo que Flor e Nascimento-Schulze (2000), ao citarem Werlang (1989), e Duarte (1991), apontam alguns deles, nomeadamente as atitudes preconceituosas associadas ao desconhecimento, a desinformação, as repressões sociais e familiares que consideram o prazer e a necessidade sexual como específicos do homem e da mulher jovem. Contudo, a sexualidade e a intimidade humana têm sido e sempre serão um vasto campo de possibilidades, sendo um tema de difícil entendimento, principalmente quando se trata da sexualidade na velhice pelo que se torna necessário desenvolver-se investigações nesta área para que o conhecimento científico ganhe “caminho”. Com efeito, apesar de ser um tema de difícil entendimento,

consideramos que se pode afirmar que a sexualidade se inicia bem cedo no ser humano e termina bem tarde, pelo que a crença de que o avanço da idade está intimamente ligado ao declínio da atividade sexual tem sido responsável para que não se preste atenção suficiente a uma dimensão importante da vida que é a sexualidade (Ballone, 2002, como citado por Mixão & Borges, 2006), sendo esta uma área de interesse da Gerontologia e Gerontologia Social.

A sexualidade inclui um elemento fundamental desta etapa da vida e não pode ser resumida a ausência de disfunção ou doença sexual, mas sim associa-se a bem-estar físico, emocional, psicológico e social. Com efeito, engloba estímulos afetivos e a capacidade de ir ao encontro de outra pessoa sofrendo claramente a influência de outros fatores, tais como mitos e preconceitos que, obviamente, afetam o comportamento e a resposta sexual dos mais velhos.

Segundo a literatura e de acordo com Risman (2005), Saito (1996) Ramos e Gonzales (1994), e Mixão e Bogen (2006) a sexualidade e a intimidade constituem um fenómeno complexo que envolve a esfera biológica, psicológica e social e embora não seja fácil compreender ou medir objetivamente, o amor e o sexo são aspetos fundamentais da vida humana, particularmente na vida adulta.

No que concerne à intimidade, segundo Soares (1992) esta inicia-se desde cedo, na infância através da relação que a criança estabelece com os seus pais e o seu estudo é determinante para a compreensão das relações afetivas e interpessoais. Neste âmbito destaca-se também a importância da Teoria da Vinculação de Bowlby (1969/1982), e a Teoria da Seletividade Socioemocional de Carstensen (1990). Estas teorias permitem a compreensão da intimidade ao longo da vida. Deste modo, o estudo da intimidade poderá ser melhor compreendido quando analisado à luz da Teoria da Vinculação, pois assume-se como um quadro conceptual com grandes contributos teóricos e metodológicos para a compreensão do desenvolvimento humano e das trajetórias de vida. Também os contributos de Cassidy (2001), e Costa (2005), são importantes para a compreensão da intimidade ao longo da vida, considerando estes autores a intimidade como fundamental para o bem-estar psicológico e social do indivíduo, assim como o conhecimento sobre a intimidade como fundamental para os profissionais, principalmente os ligados à Saúde e ao Social, devido à clara evidência sobre a associação entre problemas de intimidade e problemas fisiológicos, de saúde e psicológicos.

Os estudos que se debruçam sobre o estudo da sexualidade e intimidade na velhice seguem essencialmente orientações biológicas e médicas da sexualidade humana e não incluem uma abordagem que considere o ser humano no seu todo (DeLamater, 2012). Desta forma, a pertinência do presente estudo é fundamentada pela necessidade de se realizarem estudos que promovam a análise dos aspetos relacionados com o estudo do envelhecimento, sexualidade e intimidade do ser humano numa linha que considere os aspetos biopsicossociais, com vista à compreensão das vivências e experiências da sexualidade e intimidade na velhice.

No que se refere à organização estrutural, a presente dissertação apresenta a seguinte estrutura: introdução, enquadramento conceptual e empírico (Capítulo 1), contextualização, objetivos e método (Capítulo 2), apresentação e discussão dos resultados (Capítulo 3) e conclusão. Na primeira parte, procede-se à revisão da literatura no domínio, procura-se construir uma fundamentação teórica e

empírica consistente e robusta de forma a sustentar a investigação. Ao longo deste capítulo procuramos analisar os conceitos de envelhecimento, sexualidade e intimidade sobretudo a partir de uma leitura desenvolvimental do envelhecimento destacando, os principais quadros teóricos e evidências empíricas no domínio.

A segunda parte integra a contextualização, objetivos e método do estudo. Neste segundo capítulo caracteriza-se a instituição na qual decorreu o estudo, apresenta-se o objetivo do estudo, caracterização dos participantes, descrição do instrumento utilizado na recolha de dados e os procedimentos de recolha e análise de dados. Finalmente, na terceira e última parte, faz-se a apresentação e discussão de resultados, descrevem-se e discutem-se os mesmos, apresentando os principais domínios e categorias identificadas com a respetiva ilustração a partir do discurso dos participantes. Posteriormente, procede-se à discussão dos resultados a partir do quadro conceptual e empírico construído. A dissertação culmina com uma conclusão integradora, procurando-se destacar os principais contributos do estudo para a investigação e intervenção no domínio, salientando as implicações para a prática gerontológica.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E EMPÍRICO

1. Gerontologia Social e Envelhecimento

1.1. Gerontologia e Gerontologia Social

A importância dos idosos como grupo específico, dotado de uma cada vez maior relevância estatística e social acerca do qual é necessário saber mais, originou o aparecimento de uma nova disciplina a Gerontologia, definida por Schroots (1996), como o estudo simultâneo e multidisciplinar do processo de envelhecimento, da velhice e do idoso.

A necessidade de obtenção de mais conhecimentos acerca dos idosos surge, essencialmente, devido ao aumento da esperança média de vida e ao estudo do processo de envelhecimento e à forma de como o próprio processo encaixa na história de vida de cada indivíduo e das suas consequências sobre a condição de vida quotidiana, ganhando maior relevância sobretudo na década de 80, estimando-se que ao longo do século XXI a investigação científica neste domínio irá ser efetivamente intensificada. Os idosos constituem assim, uma franja poderosa das sociedades democráticas e uma preocupação social dos estados.

Vários foram os investigadores que se debruçaram sobre o estudo do envelhecimento ao longo dos tempos e entre eles, Ballesteros (2000), destaca o francês Quetelet (1796-1874), considerado um dos precursores da Gerontologia. Quetelet equacionava pela primeira vez a importância do conhecimento dos fatores que regem o processo de nascimento, crescimento e morte do ser humano, estudando aspetos empíricos como as co-variações entre a idade, o sexo, a profissão e o meio ambiente.

Em 1903, Elie Metchnikoff (1845-1916) propôs uma nova ciência, a Gerontologia, como sendo o estudo científico dos idosos. Porém, a consolidação da Gerontologia surge depois da Segunda Guerra Mundial, nos E.U.A. em 1945 com a Society of Gerontology e em 1946, surge a primeira grande publicação periódica da área o Journal of Gerontology.

A emergência da teoria do desenvolvimento psicossocial de Erickson (1954), foi extremamente importante para a evolução do campo da gerontologia, tendo-se tornado num dos principais fundamentos da conceção do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (*life-span*). Esta perspetiva é dominante na gerontologia ainda nos nossos dias, com ênfase numa perspetiva positiva do envelhecimento, procurando otimizar as capacidades latentes na velhice. Esta tem sido uma base segura sobre a qual se tem desenvolvido investigação no âmbito da gerontologia. Todavia, só a partir da segunda metade do século XX se verifica um salto exponencial de produção de conhecimento científico nesta área, salientando-se que entre 1950 e 1959, em apenas uma década, foram publicados mais estudos na velhice do que no século anterior (Neri, 2008).

Durante os primeiros 50 anos do século XX, a Gerontologia desenvolveu-se no âmbito de vários estudos científicos, nomeadamente: a) processos associados ao envelhecimento, na sua vertente biológica, psicológica e social; b) relativos às diferenças de idade, desde perspetivas biológicas, psicológicas e sociais; c) relativos às situações concretas dos mais velhos; d) ao conhecimento sobre a velhice e o envelhecimento desde a perspetiva das humanidades (história, filosofia, literatura, entre outras); e e) à

aplicação de tudo anteriormente descrito, bem como ao estudo da melhoria das condições de vida das pessoas idosas, como numa perspetiva aplicada.

A Gerontologia tem diferentes objetos de estudo, nomeadamente, estudo do velho, da velhice e do envelhecimento, tendo claramente uma base interventiva e multidisciplinar, procurando melhorar as condições de vida das pessoas idosas em contextos públicos e privados. É um campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e explicação das mudanças típicas do envelhecimento e seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais (Neri, 2008). Interessa-se pelo estudo dos idosos e pelas experiências de velhice e de envelhecimento ocorridas em diferentes contextos sócio-históricos, abrangendo o estudo do envelhecimento normal e patológico (Neri, 2008).

O termo Gerontologia Social foi usado pela primeira vez por Clark Tibbits em 1954 para descrever a área da Gerontologia que procura estudar o impacto das condições sociais e socioculturais do processo de envelhecimento e das consequências do mesmo (Neri, 2008). Desta forma, a Gerontologia Social procura estudar as condições políticas, jurídicas, económicas, educativas, ambientais e sociais que permitem melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos.

De acordo com esta linha de pensamento, também Zimerman (2000), refere que a Gerontologia é a ciência que estuda o envelhecimento, sendo a mesma distinta da geriatria que se preocupa com as doenças biológicas e orgânicas do velho, enfatizando a necessidade de se estabelecerem níveis de prevenção, tratamento e reabilitação da patologia própria da fase da velhice. A autora apresenta dois tipos específicos e distintos de Gerontologia: a Gerontologia Básica e a Gerontologia Social. Apresenta como básica aquela que *“estuda o processo de envelhecimento sob o prisma biofisiológico, genético, imunológico e em níveis celular e subcelular”* (Zimerman, 2000, p. 15) e considera como social aquela que *“compreende o estudo das relações recíprocas entre o indivíduo e a sociedade e ninguém pode contestar a força dos fatores sociais, culturais, económicos e ambientais que podem qualificar ou prejudicar o inevitável processo de envelhecimento”* (Zimerman, 2000, p. 15).

A Gerontologia Social, sob ponto de vista académico e científico, pode ser entendida como uma área científica, específica da Gerontologia detentora de contributos teóricos que poderão servir como um quadro conceptual de referência para a intervenção com pessoas mais velhas. A Gerontologia Social preocupa-se com o velho enquanto ser biopsicossocial, a velhice e o processo de envelhecimento, enquanto campo científico novo e dinâmico (Zimerman, 2000), sendo o foco desta disciplina o desenvolvimento do ciclo de vida.

Segundo Neri (2008), os principais desafios da Gerontologia Social passam por pulverizar a investigação e as teorias, construir e testar os modelos explicativos, conciliar os conceitos de desenvolvimento e envelhecimento, vencer os preconceitos dos próprios investigadores, descrever diferenças inter e intra-individuais do envelhecimento e integrar a velhice em todo o ciclo de vida.

Por último, salienta-se que na atualidade devido ao fenómeno do envelhecimento, a Gerontologia Social tem procurado alargar o seu foco de atenção para as questões relacionadas com a saúde, tecnologia e estilo de vida em geral, procurando, assim, aumentar e melhorar as condições de vida dos mais velhos.

Um outro aspeto a destacar que emerge do estudo do envelhecimento, dos velhos e da velhice é o nascimento de várias teorias que surgem devido à heterogeneidade existente na forma de envelhecer. Assim, muitas são as formas de conceptualizar o envelhecimento e a velhice, desde a biológica, a psicológica e a sociológica.

No presente capítulo iremos abordar as principais teorias do desenvolvimento adulto e envelhecimento, contudo as mesmas não serão aprofundadas.

As teorias na área da Gerontologia permitem explicar e sistematizar os fenómenos que observamos e levantar hipóteses ou fundamentar intervenções, sendo assim determinante para o avanço da investigação na área do envelhecimento (Paúl & Ribeiro, 2012).

As teorias do desenvolvimento adulto e envelhecimento podem ser agrupadas em três grandes grupos: teorias biológicas, psicológicas e sociológicas.

As teorias biológicas procuram explicar o envelhecimento segundo uma perspetiva que considera apenas os aspetos biológicos do indivíduo. Estas teorias consideram que o organismo experimenta três etapas essenciais: crescimento e desenvolvimento, maturidade e involução e declínio. Estas três etapas sucedem-se inexoravelmente a não ser que existam erros biológicos ou morte provocada por acidente do organismo ou uma alteração plástica ou funcional que precipite a morte de uma pessoa (Fernández-Ballesteros, 2000). No que concerne às teorias psicológicas, estas permitem descrever e por vezes prever as mudanças que com o tempo são produzidas no funcionamento psicológico das pessoas. As mudanças existentes no psíquico humano derivado da idade ajustam-se ao padrão de funcionamento biológico descrito nas teorias biológicas: crescimento e desenvolvimento, maturidade, declínio e morte. Relativamente às teorias sociológicas estas procuram explicar as mudanças nos papéis sociais, provenientes das transições de vida que ocorrem durante o ciclo vital. Destaca-se que as teorias sociológicas que surgiram entre 1940 e 1980 foram um dos motores impulsionadores da investigação gerontológica internacional. Neste sentido, das vastas teorias sociológicas existentes, são de referir a teoria da desvinculação (Cumming & Henry, 1961), a teoria da continuidade (Havighurst & Albrecht, 1953), da subcultura (Cohen, 1955) e da modernização (Cowgill, 1972).

Em síntese, e de acordo com o descrito constata-se que são várias as teorias que emergiram do estudo da problemática do envelhecimento, sendo este objeto de estudo de várias ciências.

2. O Envelhecimento Humano

2.1. Envelhecimento Demográfico

O aumento da longevidade e todos os aspetos associados a este fenómeno, colocaram o tema envelhecimento numa questão de estudo atual, que tem merecido a atenção de políticos, investigadores e população em geral, originando uma análise e reflexão mais sistemática e aprofundada. Neste sentido, Figueiredo (2007), refere que o aumento da população idosa na sociedade é um

fenómeno recente, que resulta de alterações diversas, ao qual os países se estão a tentar adaptar. Estas alterações devem-se a vários fatores, tais como aumento da esperança média de vida, melhoria da saúde pública, melhoria das condições sociais e de nutrição e, por fim, avanços da medicina preventiva e curativa que contribuem para uma diminuição da taxa de mortalidade e a melhoria das condições de vida. A partir da segunda metade do século XX, tem-se vindo a assistir a um processo de envelhecimento demográfico nos países industrializados e Portugal tem experienciado estas alterações.

O fenómeno do envelhecimento demográfico está associado a dois fatores, por um lado o declínio da fecundidade, que origina a diminuição da percentagem de jovens e, consequentemente provoca um aumento da percentagem de idosos, invertendo-se, assim, a forma da pirâmide etária, a qual fica reduzida na base e alargada no topo (Paúl, 1997), e por outro, o aumento da longevidade, colocando a sociedade perante delicados problemas económicos, e sociais difíceis de resolver.

As grandes preocupações dos estudos de população referem-se às causas e consequências do declínio da natalidade, aos efeitos das migrações internas e externas no sistema demográfico e social, às consequências demográficas e sociais da luta contra a morte, à desigualdade sexual, social e espacial face à morte, aos efeitos dos progressos científicos no equilíbrio demográfico, à problemática da defesa, da segurança e da estratégia face às mutações demográficas, às desigualdades regionais e o ordenamento territorial, às consequências do envelhecimento demográfico, às consequências sociais da mutação das estruturas familiares, ao efeito dos comportamentos demográficos no sistema escolar e à demografia face ao processo de urbanização (Nazareth, 2010).

Um aspeto pertinente apontado por Goldstein (2009), nos seus pensamentos sobre a relação entre fecundidade e a mortalidade, é o facto do efeito da diminuição da fecundidade tornar a população mais idosa, independentemente da taxa de mortalidade aumentar ou diminuir. Desta forma, conclui-se que a fecundidade é o fator primordial de influência no aumento do envelhecimento da população.

Goldstein (2009) ao citar Lee (2003), refere que se verifica um duplo envelhecimento, por um lado devido ao declínio da mortalidade e, por outro lado, devido ao declínio da fecundidade. Todavia importa referir, que o declínio da mortalidade é acompanhado por uma melhoria da funcionalidade e do estado de saúde da pessoa idosa. As questões demográficas têm dominado os debates públicos contemporâneos tanto na esfera económica como na esfera social e, segundo Nazareth (2010), a cada dez anos os estados que integram a ONU reúnem-se para analisar questões relacionadas com a população.

Na perspetiva de Rosa (2012), o envelhecimento coletivo inclui o envelhecimento demográfico e o envelhecimento societal. A autora refere que no envelhecimento demográfico existem idades consensualmente aceites. Todos os indivíduos são classificados indistintamente em categorias fixas (idade jovem, ativa e idosa). A partir destas categorias é possível desenvolver-se o conceito de envelhecimento demográfico. O envelhecimento pode ser confirmado através do aumento da “idade média” da população, do aumento da percentagem de idosos na população ou do aumento do índice do envelhecimento. Independentemente do indicador utilizado, Rosa (2012), salienta que a população envelhece quando a população idosa passa a valer mais em termos estatísticos. Quanto ao

envelhecimento societal, a autora refere que este parece resultar do envelhecimento demográfico, referindo que é possível uma população estar a envelhecer e a sociedade não, *“A marca visível do envelhecimento societal é a de uma sociedade deprimida, que se sente ameaçada com a sua própria evolução etária e com as mudanças que em si acontecem”* (Rosa, 2012, p. 24). O envelhecimento societal corresponde à estagnação de certos pressupostos organizativos da sociedade.

Em síntese, o envelhecimento coletivo associa o envelhecimento demográfico e o envelhecimento societal e todos os indivíduos são classificados do mesmo modo por categorias fixas existentes e é a partir destas categorias que se define o envelhecimento, realizando-se uma análise do envelhecimento da população em geral.

2.2. Envelhecimento Individual

A presente análise sobre envelhecimento individual é realizada segundo a linha de pensamento de Baltes e Baltes (1997), assente nos seus contributos e elaborada à luz do Modelo SOC (seleção, otimização e compensação).

Foi no âmbito da perspetiva desenvolvimental do ciclo de vida, delimitada por Baltes e colaboradores durante os anos 70 e 80, que as questões do desenvolvimento psicológico na idade adulta e velhice ganharam importância na esfera psicológica.

Baltes (1987), define o envelhecimento como um processo que acarreta mudanças de natureza ontogénica, traduzidas no declínio das capacidades intelectuais dependentes do funcionamento neurológico, sensorial e psicomotor. Estas mudanças refletem-se na diminuição da plasticidade comportamental. Segundo o autor, o envelhecimento intelectual é um processo multidimensional, multidirecional e multicausal, referindo que se verificam diferentes capacidades que começam a mudar em diferentes momentos, com diferentes resultados, sobre diferentes indivíduos submetidos ainda a diferentes experiências biológicas, educacionais, históricas e culturais.

Baltes (1997), desenvolveu e concebeu a abordagem do ciclo de vida através de uma base multidisciplinar. Esta abordagem permitiu realçar a natureza contínua do desenvolvimento humano, numa permanente relação entre fenómenos antecedentes e consequentes. Como diretor do Centro de Psicologia do Instituto Max Planck para o Desenvolvimento Humano e a Educação (Berlim, Alemanha), Baltes teve a oportunidade ao longo dos anos de lançar vários projetos de investigação de longo alcance no campo da psicologia do desenvolvimento do ciclo de vida, que contribuíram para fundamentar o modelo psicológico do envelhecimento, alicerçado em três princípios fundamentais: o potencial de desenvolvimento; a capacidade adaptativa e os limites dessa mesma capacidade (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, 1997, 1999). Com base nessas três propriedades fundamentais é possível anotar uma série de características do processo de envelhecimento: (1) existem diferenças significativas entre o envelhecimento normal, patológico e ótimo; (2) o decurso do envelhecimento apresenta uma enorme variabilidade inter-individual; (3) há muitas capacidades que estão em reserva e que permanecem latentes durante a velhice; (4) associadas ao envelhecimento há perdas ao nível das capacidades em

reserva e adaptabilidade; (5) a inteligência cristalizada enriquece o funcionamento mental e pode compensar o declínio da inteligência fluida; (6) com o avanço da idade, o balanço entre ganhos e perdas torna-se progressivamente negativo; (7) durante a velhice o *self* permanece resiliente e mantém a sua integridade.

De acordo com o descrito pode-se afirmar “(...) *que quando se conhece um velho somente se conhece esse velho*” (Fernández-Ballesteros, 2000, p. 48).

No quadro da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, o modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido, proposto por P. Baltes e M. Baltes (1990), reflete a importância atribuída à variabilidade inter-individual e a plasticidade intra-individual, para a compreensão do ato de envelhecer. Através das suas investigações os autores concluíram que os indivíduos idosos permanecem com uma entidade psicológica funcional e com capacidade de regulação das próprias vidas, utilizando uma capacidade de reserva que se mantém ao longo do ciclo de vida e que se expressa através da possibilidade de compensar perdas, mediante o recurso a mecanismos de *coping* adequados, como o treino de competências, a manipulação do ambiente ou a alteração de objetivos de desenvolvimento. É estabelecida uma distinção entre três funções gerais implícitas no desenvolvimento ontogénico e que configuram ao mesmo tempo, três tarefas adaptativas distintas: crescimento, manutenção e regulação das perdas.

Segundo Baltes e colaboradores (1999, p. 477) “*a primeira destas três tarefas adaptativas, diminui com a idade, enquanto os investimentos para a manutenção e para a regulação das perdas aumentam com a idade*”. A análise deste movimento de deslocação do crescimento para a manutenção e deste para a regulação das perdas, ajuda efetivamente a compreender melhor alguns comportamentos característicos da velhice.

O modelo de envelhecimento bem-sucedido de P. Baltes e M. Baltes (1990), foi sendo aperfeiçoado desde o seu aparecimento até à atualidade, pelos próprios autores e por outros investigadores, sobretudo a partir de três eixos implícitos na própria conceptualização da perspetiva: (1) o balanço entre ganhos e perdas desenvolvimentais; (2) o recurso ao modelo SOC como explicação básica do processo adaptativo inerente à capacidade de envelhecer com êxito e (3) a modificação nas modalidades de regulação da identidade pessoal.

A primeira operacionalização do Modelo SOC foi efetuada por Baltes em 1987 através do recurso à expressão “Otimização Seletiva com Compensação”. O autor defende que neste processo existem três recursos e que cada um está indicado a relação entre ganhos e perdas: (1) evolução contínua de formas de adaptação especializadas, como o recurso geral do desenvolvimento ao longo da vida; (2) adaptação às condições biológicas e sociais do envelhecimento, com o aumento das limitações da plasticidade e (3) seleção individual e esforços compensatórios lidam com a evolução dos défices no domínio da vida e efetivamente no envelhecimento (Baltes, 1987).

A formulação mais aperfeiçoada surge por P. Baltes e M. Baltes (1990), ao configurarem e distinguirem os três mecanismos interativos: Seleção, Otimização e Compensação, os quais interligados formam o Modelo SOC (seleção, otimização e compensação). Os três mecanismos são assumidos como universais

e como sujeitos à ação consciente ou inconsciente, operados pela pessoa ou por outrem, por indivíduos ou por instituições. Deste modo, o envelhecimento é associado a um movimento entre ganhos e perdas, ou seja, a intensidade e frequência das perdas vai-se acentuando à medida que a idade cronológica vai aumentando.

Baltes e Baltes (1990), referem que é graças à ação de mecanismos de seleção, otimização e compensação, que no âmbito individual ou cultural, os mais velhos não mostram necessariamente declínio no desempenho de certas tarefas, normalmente desempenhadas por jovens. Não só isso é verdadeiro, como também os mais velhos podem exibir níveis elevados de desempenho altamente especializados no âmbito profissional e na solução de problemas existenciais, ou sabedoria. Os autores salientam ainda que os desempenhos sábios são apontados como exemplos de excelência na utilização dos três mecanismos.

Através das conclusões dos seus estudos, Baltes (1997), recusa a ideia da concepção de desenvolvimento considerada como unilinear, a noção de crescimento como avanço unidimensional do funcionamento, atestando que existe uma dimensão multidimensional, multicausal, multidirecional e multifuncional na ontogênese em todas as etapas da vida. O autor afirma ainda que com o aumento da idade, sobretudo na quarta idade, ocorrem cada vez mais mudanças que envolvem perdas ao inverso de ganhos, muito embora se verifique a existência de algumas expectativas de ganhos na velhice, tais como o aumento de dignidade e sabedoria, sendo esta última apontada como exemplo de excelência do uso dos mecanismos de seleção, otimização e compensação, que permite o alcance de elevados níveis de funcionamento, mesmo em idade tardia.

2.3. Terceira e Quarta Idade

Numa revisão de trabalhos sobre as mudanças existentes no funcionamento cognitivo associadas ao envelhecimento, Denney (1992), concluiu que através dos estudos transversais se verificam diferenças nas capacidades cognitivas entre adultos jovens e idosos, sendo favorecidos os primeiros. Todavia, nestas investigações não é fácil distinguir entre o efeito da idade e o da coorte, o que só é possível a partir de estudos longitudinais. Fazendo o seguimento dos mesmos sujeitos ao longo do tempo, parece que o padrão se repete, ainda que a idade em que o declínio começa e a sua extensão sejam diferentes, apontando para uma data mais tardia e uma extensão menor de capacidades afetadas.

Neugarten (1975, 1979) foi dos primeiros investigadores a preocupar-se com esta questão, tendo estabelecido duas categorias na velhice: os jovens-idosos (*young-old*), dos 55 aos 75 anos, e os idosos-idosos (*old-old*), dos 75 anos em diante.

Sobre o assunto, Fernández-Ballesteros (2000), e Paúl (2005), afirmam que, independentemente do interesse desta ou de qualquer outra tipologia, é certo que qualquer classificação da velhice operada apenas com base na idade cronológica diz muito pouco sobre os processos diferenciais de envelhecimento, sendo muito mais interessante recorrer a classificações que reportam a forma como a pessoa envelhece. Porém, o estabelecimento de fronteiras etárias no decurso do envelhecimento que

marcam várias idades da velhice tem sido valorizado pelos investigadores, tal como se pode constatar na investigação mais recente que estuda o envelhecimento humano e que, neste caso o dividem nas categorias: 50-64 anos, 65-74 anos, e 75-84 anos.

Na perspetiva de Baltes e Smith (1999, 2003) é mais útil proceder-se a uma distinção entre a terceira e quarta idade, assumindo claramente que esta classificação consiste numa re-elaboração da distinção entre jovens-idosos e idosos-idosos, originalmente proposta por Neugarten, reduzindo assim a importância da idade cronológica, destacando por sua vez o vetor caracterizado pela idade funcional. Os autores justificam a importância da distinção da terceira e quarta idade à luz da existência real de descontinuidade e de diferenças qualitativas entre as idades da velhice, propondo dois tipos de critérios para efetuarem tal distinção: (1) cariz demográfico-populacional, que se refere à transição entre terceira e quarta idade como sendo a idade em que 50% da coorte de nascimento já não se encontra viva, contudo nos países mais desenvolvidos esta transição ocorre por volta dos 75-80 anos de idade, sendo este marco etário muito mais baixo nos países com menor índice de desenvolvimento social e (2) de cariz individual, procurando-se neste caso estimar-se a transição da terceira para a quarta idade, a partir do ciclo de vida máximo de um dado indivíduo e não do ciclo de vida máximo da média da população. Considera-se que na atualidade o ciclo de vida máximo de uma pessoa possa variar entre os 80 e os 120 anos de vida, podendo assim a transição para a quarta idade ocorrer em idades muito diferentes (60 anos para algumas pessoas e 90 anos para outras).

Na opinião de Baltes e Smith (2003), a terceira idade está associada a “*boas notícias*”, pois constata-se aumento da expectativa de vida, elevado potencial latente de manutenção de boa forma física e mental, existência de reservas cognitivo-emocionais, mais e mais pessoas a envelhecerem com sucesso, níveis elevados de bem-estar pessoal e emocional e uma adoção de estratégias eficazes de gestão dos ganhos e das perdas da velhice.

Existem evidências de um declínio relacionado com a idade nas mecânicas cognitivas de base biológica, no entanto poderá ser compensado nas pragmáticas cognitivas, culturalmente determinadas, baseadas no conhecimento, verificando-se que a maioria dos adultos é mesmo capaz de lidar cognitivamente com os problemas do quotidiano. Estas conclusões são suportadas pelos resultados do *Berlin Aging Study* (Baltes & Mayer, 2001), estudo longitudinal de cariz multidisciplinar, holístico e sistémico, que se debruçou sobre uma amostra de 200 pessoas com idades compreendidas entre os 72 e os 103 anos. Este estudo permitiu confirmar que as pessoas idosas situadas na terceira idade apresentavam uma elevada plasticidade, mostrando assim uma capacidade para regular o impacto subjetivo da maioria das perdas que vão surgindo (mesmo no plano biológico e na saúde), assim como permitiu comprovar a existência de grandes diferenças de género na disfuncionalidade na velhice. Não obstante, o risco é significativamente maior nas mulheres do que nos homens e aumenta com o avançar da idade, contudo importa salientar que a longevidade das mulheres é, efetivamente, superior à dos homens, sendo o seu estado funcional menos positivo.

No que concerne à quarta idade, Baltes e Smith (2003), referem que esta não é apenas uma mera continuação da terceira idade, pois existe entre os mais idosos a prevalência de disfunções e um

reduzido potencial de funcionamento *“tudo parece indicar que a Quarta Idade testa as fronteiras da adaptabilidade humana”* (Baltes & Smith, 2003, p.127). Na quarta idade todos os sistemas comportamentais mudam de forma negativa e, conseqüentemente, poucas funções permanecem robustas e resilientes perante mudanças de sinal negativo. Esta tendência acentua-se aquando do avanço da idade e quando acompanhado da ocorrência de patologias. Com o avanço da velhice, a quarta idade é uma espécie de teste de limites em situações de resiliência psicológica.

Os resultados do estudo de BASE mostram claramente indicadores otimistas para os idosos mais novos, mas revelam acentuada disfuncionalidade na velhice mais tardia. Em contraste com os idosos mais novos, os dados recolhidos em indivíduos com 90 e 100 anos de idade mostraram a evidência de inúmeras conseqüências negativas, resultantes do facto de se viver mais tempo e de se atingir a Quarta Idade. *“Viver mais tempo parece ser, pois, um fator de risco acrescido para a dignidade humana”* (Baltes & Smith, 2003, p. 127). Segundo os autores não se pode olhar unicamente para as boas notícias da terceira idade, mas é também necessário atender às notícias não tão boas relativas à quarta idade, acerca das dificuldades crescentes que as pessoas sentem para fazer frente às perdas, que inevitavelmente se observam na fase final da vida.

Baltes e Smith (2003), consideram que não se podem indicar prioridades em termos de cuidados, devendo o objetivo de políticos, agentes sociais, psicólogos e outros profissionais do desenvolvimento humano, concentrarem-se num só objetivo: *“alcançar um bom funcionamento da sociedade, que envolva todas as idades da vida”* (Baltes & Smith, 2003, p. 133).

2.4. Envelhecimento Normal, Patológico e Saudável

Envelhecer ativamente com bem-estar e qualidade de vida é um dos importantes temas que encara a ciência e as sociedades atuais face ao aumento da longevidade e às mudanças demográficas existentes (Ballesteros, 2009). Segundo a mesma autora, inicia-se um novo paradigma ou revolução no campo da investigação sobre o envelhecimento, existindo uma visão positiva, sobre o mesmo, referenciando vários autores, tais como Fries (1980), Rowe e Khan (1987), e Baltes e Baltes (1990).

Nesta nova visão positiva sobre o envelhecimento foram adotados termos tais como, envelhecimento saudável ou ativo (OMS, 1990), com êxito (Rowe & Khan, 1987; Baltes & Baltes, 1990), ótimo (Palmore, 1995), vital (Erikson *et al.*, 1986), produtivo (Butler & Lewis 1993) ou positivo (Gergen & Gergen, 2001) e também é indicado o termo envelhecer bem (Fries, 1989) ou qualidade de vida (Bearon, 1996).

Muitas vezes o termo envelhecimento bem-sucedido, qualidade de vida, satisfação com a vida e bem-estar subjetivo, acabam por ser usados de forma indistinta ou como sinónimos. Todavia, constata-se a existência de consenso entre a multidimensionalidade do envelhecimento positivo que inclui os domínios biopsicossocial. Sobre este assunto, Ballesteros (2009), afirma que existem definições de envelhecimento ativo com conteúdos específicos, porém a multidimensionalidade é considerada pela maioria dos autores como uma característica essencial. Para falarmos de envelhecimento saudável é necessário pensar na interação de vários fatores, nomeadamente saúde física e mental, integração

social, suporte familiar e independência económica. Segundo a autora, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984) propôs uma definição de envelhecimento baseado em três aspetos importantes: (1) o curso necessário para a manutenção de um funcionamento ótimo; (2) um modelo teórico acerca dos determinantes do envelhecimento ativo e, (3) resposta política requerida exigida pelo desafio do mundo no processo do envelhecimento progressivo. De acordo com o descrito, a OMS propõe um plano que abarca todo o curso de vida, assumindo que os indivíduos envelhecem de formas distintas, revelando-se uma extraordinária variabilidade que se vai incrementando à medida que a idade avança revelando existir uma grande capacidade de plasticidade. Deste modo, envelhecer bem integra elementos biomédicos, psicológicos e socio-ambientais, sendo um conceito multidimensional baseado em quatro domínios: saúde, boa forma física, ótimo funcionamento cognitivo, ótima regulação emocional e motivacional, alta participação social e compromisso social. Importa referir, que para além da saúde e de uma boa condição física, existem outros aspetos, nomeadamente psicológicos que são fundamentais para o envelhecimento positivo.

Segundo Ballesteros (2009), vários autores possuem uma lista distinta de critérios e processos referentes ao envelhecimento ativo e às suas variáveis. O modelo SOC (seleção, otimização e compensação) de Baltes e M. Baltes (1990), traduz-se no uso de estratégias proativas que atuam ao longo do ciclo de vida com o objetivo de alcançar um alto nível de funcionamento, ou seja, um envelhecimento ativo e bem-sucedido. Baltes (1997), considerou o desequilíbrio entre ganhos e perdas no envelhecimento, estabelecendo a metateoria como chave para o envelhecimento bem-sucedido. A existência de múltiplas oportunidades de otimização no desenvolvimento psicológico são essenciais para o alcance do envelhecimento bem-sucedido. Segundo a linha de pensamento de Baltes e M. Baltes (1990), uma definição de envelhecimento bem-sucedido requer a adoção de uma perspetiva simultaneamente sistémica e ecológica, baseada em indicadores objetivos e subjetivos enquadrados num determinado contexto sociocultural.

O modelo global de envelhecimento bem-sucedido da Teoria da Proatividade Preventiva e Corretiva de Kahana e Kahana (2005), predominantemente sociológica, no qual o envelhecimento é visto como um processo de adaptação, atuando mecanismos preventivos e corretivos que podem ser facilitados pelo uso de recursos internos e externos, entre outros. O modelo implica uma série de adaptações proativas realizadas pelo indivíduo que levam a um determinado resultado. A pessoa que se posiciona num determinado contexto temporal e espacial é exposta a eventos *stressantes* ao longo da vida. Esta proposta teórica é de facto compatível com os três mecanismos de seleção, otimização e compensação propostos por Baltes e M. Baltes (1990), considerado estratégias proativas que atuam ao longo do ciclo de vida.

Rowe e Kahn (1998), explorando a variabilidade no desenvolvimento humano, propõem três trajetórias do envelhecimento humano: normal, patológica e saudável. A definição de envelhecimento saudável proposta por estes autores engloba o envolvimento com a vida, a manutenção de altos níveis de habilidades funcionais e cognitivas e baixa probabilidade de doença e incapacidade, que está relacionada com a prática de hábitos saudáveis para a redução de riscos. Importa referir que a

expressão envelhecimento bem-sucedido só se tornou corrente a partir de uma publicação na revista *Science*, por parte de Rowe e Kahn (1987), tendo os autores apresentado uma distinção entre envelhecimento normal e envelhecimento bem-sucedido. Os mesmos autores sugerem que as condições de envelhecimento saudável, patológico e bem-sucedido, se considerem trajetórias continuadas que possam tender para o declínio ou para a reversão e diminuição de perdas por meio de intervenções (Rowe & Kahn, 1987). Ainda segundo a opinião de Rowe e Kahn (1998), o envelhecimento bem-sucedido vai para além do potencial que envolve a atividade, sendo um compromisso com a vida. Constata-se uma preocupação com as relações que se mantêm com os outros, assim como com os comportamentos produtivos.

Face ao exposto, Ballesteros (2009), conclui que se destaca uma conceptualização multidimensional do envelhecimento bem-sucedido, pois os âmbitos físico, emocional, cognitivo e social estão presentes na maior parte dos estudos.

Gradim, Sousa e Lobo (2007) defendem que a velhice não tem idade definida para se iniciar, depende da disposição, atitude e interesse de cada pessoa em relação à qualidade de vida, referindo-se mesmo que envelhecer não significa enfraquecer, ficar triste ou assexuado. As repercussões do processo de envelhecimento sobre a sexualidade constituem um assunto particularmente repleto de preconceitos, como se a sexualidade fosse atributo apenas do jovem em função das suas descobertas e do vigor físico. Por conseguinte, torna-se necessário aprofundar domínios como a sexualidade e intimidade na velhice, com vista à compreensão das vivências e das experiências pessoais dos indivíduos idosos.

3. Sexualidade e Intimidade na Velhice

3.1. Sexualidade: conceito e representações históricas

A sexualidade constitui um fenómeno complexo que envolve a esfera biológica, psicológica e social e, embora não seja fácil compreender ou medir objetivamente, o amor e o sexo são aspetos fundamentais da vida humana.

Para melhor compreensão do conceito de sexualidade torna-se necessário apresentar um pouco a evolução histórica do mesmo, desde os tempos remotos à atualidade.

A temática da sexualidade tem vindo a ganhar legitimidade no campo da investigação científica dentro das ciências sociais, a partir da dissociação entre a sexualidade e reprodução biológica da espécie, motivada pelo desenvolvimento e utilização dos métodos contraceptivos hormonais, na década de 60 do século XX, e do advento da epidemia do H.I.V./S.I.D.A., na década de 80.

O termo sexo tem origem no latim *secare*, que significa cortar, partir, dividir, o que remete para a fábula do *Banquete* de Platão. Segundo a mesma fábula, Deus inicialmente criara o masculino, o feminino e o andrógino (qualificação dada ao indivíduo que possui aparência e comportamentos duvidosos entre o masculino e o feminino, sendo um indivíduo que não se enquadra nem no papel de homem nem de

mulher). Porém, segundo Negreiros (2004), a arrogância sentida foi de tal forma engrandecida que levou Deus a ponderar tal atitude, optando por dividi-lo em dois, obrigando-o, assim, a contemplar a própria mutilação, o que consequentemente diminuiria a própria arrogância. Desde então, cada ser procura o seu complemento, designando-se este sentimento por amor. O amor é caracterizado por um lado, pela procura do prazer sexual e por outro lado, pelo preenchimento de necessidades emocionais, tais como admiração, companheirismo, amizade e outras tantas identificações com o outro. O autor defende que sexo e sexualidade são conceitos distintos, apesar de serem apresentados como sinónimos recorrentemente, assim como sexo não é sinónimo de gênero, pois as diferenças entre os sexos são estabelecidas pelo físico (anteriormente até pela metafísica) e as diferenças de gênero são explicadas e entendidas como socialmente construídas.

Segundo Birman (2002), as diferenças sexuais no Ocidente foram afirmadas no século XVIII e, anteriormente a este período, o sexo masculino era supervalorizado, sendo definido como o regulador e figurado como “perfeito” desde a Antiguidade.

A este respeito, Risman (2005), apresenta um resgate da trajetória histórica da sexualidade evidenciando que as relações sexuais entre homens e mulheres iniciaram-se com os povos primitivos. As relações eram mantidas com o propósito de sobrevivência e não pelo intuito afetivo ou desejo de ter o outro para si. Segundo o autor, as relações amorosas não eram valorizadas e a promiscuidade era encorajada. A mentalidade tribal permitia a prática precoce do ato sexual entre adolescentes, desde que os mesmos não estivessem envolvidos emocionalmente, pois isso representaria uma quebra de regras de decência, a qual poderia ameaçar o bem-estar da tribo.

Risman (2005), refere ainda, que no contexto da Grécia antiga a beleza física era ponto central de devoção e admiração. A mulher era desvalorizada e vivia sob autoridade do pai ou de algum parente próximo e, posteriormente, sob autoridade do seu marido. Durante toda a vida, dedicava-se às “lides” domésticas, sem direito à educação formal e às informações políticas. Nesse período, a sexualidade era vista como um movimento de vida, de troca de energia e afetividade. A experiência da união afetiva e sexual também obedecia a regras e normas, tais como fidelidade, respeito, idade certa para procriação (dezoito anos para mulher e trinta e sete para homens) e, principalmente, a possibilidade de atender aos interesses políticos e económicos. As regras existentes impediam a espontaneidade da experiência sexual, principalmente, para as pessoas de idade avançada.

Segundo a filosofia de Aristóteles, a saúde era mais importante do que o amor, pelo que a pessoa envelhecida, automaticamente perderia a sua saúde devendo resguardar-se do exercício sexual. Estes aspetos demonstram, uma vez mais, a negação do direito da sexualidade aos mais velhos.

Na civilização Romana, o casamento não era realizado por amor, assim como na Grécia atendia a interesses políticos e económicos, assegurando também a legitimidade dos futuros herdeiros de bens materiais. Verifica-se um avanço em relação à situação da mulher na sociedade, pela conquista do direito de manter-se presente na administração do lar e nos negócios da família, podendo as mesmas adquirir bens materiais. No que concerne ao divórcio, este era permitido a ambos os sexos, podendo as mulheres o solicitar, alegando o marido e a própria relação como tediosos. Todavia, os homens tinham a

possibilidade de apelar a maior número de motivos, nomeadamente imoralidade, futilidade, envelhecimento feminino, podendo mesmo alegar o aparecimento de rugas. Desta forma, constata-se que o envelhecimento da mulher era fator prejudicial para o relacionamento do casal.

Risman (2005), enfatiza que o Cristianismo veio preconizar uma intensa hostilidade pela sexualidade e desprezo pela vida terrena. Surge, assim, o conceito de amor altruísta e não sexual. O amor e o sexo eram vistos como opostos, sendo Deus visto como fonte de amor e o Demónio como fonte de sexo. Ainda sobre este assunto, o autor refere que o sexo permanece ligado à reprodução dos seres e não a uma troca afetiva típica de quem se ama, o que dificulta a manifestação da sexualidade entre as pessoas em todas as etapas da vida.

Na Idade Média, os ideais do Cristianismo continuavam sólidos e a Igreja permanecia incumbida de estabelecer normas, padrões morais e comportamentos das pessoas, assumindo um papel dominante na definição do que era um comportamento sexual apropriado (Risman, 2005). Nesta época constatou-se que a expressão da sexualidade entre os mais velhos era considerada como algo negativo e demoníaco, já que nessa idade o coito e o desejo sexual não eram bem aceites pela Igreja. A evolução histórica da sexualidade ao longo do tempo permite concluir que há vários séculos que a sexualidade na velhice não é bem aceite, estando assente na assexualidade do indivíduo idoso, verificando-se por outro lado, que a procriação era sem dúvida um ponto central da relação sexual (Risman, 2005).

Após a Revolução Francesa surge uma viragem em nome da igualdade dos direitos dos cidadãos, sendo construído um novo paradigma no imaginário ocidental, mudando o modelo hierárquico do sexo único, procurando-se, assim, um modelo baseado na leitura naturalista e biológica, no qual homem e mulher apresentam essências radicalmente diferentes e inconfundíveis. Todavia, este modelo surge com a finalidade de justificar a superioridade masculina, através dos aspetos anatómicos e fisiológicos que determinavam as formas de relacionamento e o espaço social a ser ocupado. Deste modo, a Revolução Francesa foi o momento histórico que potenciou a criação do papel da mulher na sociedade, constatando-se um progresso, pois a hierarquia deixou de ser metafísica para ser biológica (Negreiros, 2004). Não obstante, a igualdade de direitos não se transformou logo em normas sociais capazes de vigorar e serem internalizadas, legitimando a igualdade de condição entre os dois sexos, tendo sido necessários dois séculos para que se produzissem conquistas políticas e esclarecimentos científicos mais significativos. A maioria dessas conquistas surgiram dos movimentos feministas, que se verificaram nos séculos XIX e XX, e que se foram afirmando na cultura, originando mudanças conceptuais importantes, na literatura, nas artes, na legislação e nas ciências.

Além dos aspetos históricos e culturais marcantes na leitura da sexualidade humana e sobretudo da sexualidade na velhice, a abordagem biológica torna-se imprescindível para a compreensão das mudanças ocorridas no corpo com o passar dos anos e das limitações impostas pela idade, principalmente no que se refere à sexualidade.

Segundo a OMS (2001), a sexualidade abrange vários aspetos fundamentais, referindo-se a procura de amor, contacto, ternura e intimidade, influenciando pensamentos, sentimentos, ações e interações, sendo este conceito definido como a energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e

intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, ou seja é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual, influenciando também a nossa saúde física e mental.

Na perspectiva de Saito (1996), o conceito de sexualidade é descrito a partir de três vertentes: histórica, cultural e social. No que concerne à vertente histórica, o autor refere que a sexualidade é formada através dos tempos, ligada aos interesses políticos e económicos, culturais, sociais, religiosos, morais e éticos. Quanto à vertente cultural, salienta a importância de outros fatores, nomeadamente aspetos cognitivos, crenças, estigmas, mitos, rituais, símbolos e valores com as suas influências, o que converte determinado aspeto, em aceitável ou não. Por último, no âmbito da vertente social, o autor indica que o mesmo se prende pelo processo de socialização, uma vez que o ser humano irá interiorizar normas, valores e atitudes, definindo assim a sua própria personalidade.

Segundo a perspectiva da psicanálise (Freud, 1914-1973), o conceito de sexualidade não está associado à união sexual entre homem e mulher ou às sensações de prazer com origem nos órgãos genitais, mas surge associado ao líbido, caracterizado como a capacidade de se ligar a pessoas, objetos, ideais, vida, incluindo obviamente a atividade sexual, mas não se resumindo apenas e somente ao sexo (Negreiros, 2004). Freud (1914-1973), considerava que as forças do inconsciente motivavam o comportamento humano, sendo a personalidade criada nos primeiros anos de vida, período em que a criança passa por conflitos inconscientes entre impulsos biológicos inatos e exigências da Sociedade. O autor salientou que esses conflitos ocorrem numa sequência invariável de estádios de desenvolvimento da personalidade baseados na maturação, no qual o prazer muda de uma zona corporal para outra, da boca para o ânus e depois para os genitais. Em cada estágio o comportamento, que é a principal fonte de gratificação, muda da alimentação para a eliminação e posteriormente, para a atividade sexual. O autor descreveu cinco estádios do desenvolvimento psicosssexual: (1) fase oral (0-18 meses) caracterizada pelo prazer auto-erótico, predominantemente, no domínio do Id, a passividade, aidez e dependência; (2) fase anal (18-2/3 anos) caracterizada pela ambivalência entre o prazer e a dor, a movimentação corporal, limpeza e higiene e ordem, parcimónia e teimosia; (3) fase fálica (2/3 anos-5/6 anos) na qual surgem as primeiras pulsões sexuais, o investimento da criança na figura, do mesmo sexo início da confusão quanto ao objeto sexual, complexo de Édipo e de Elettra, angústia de castração no rapaz (pai como fonte de ameaça à virilidade); (4) fase de latência (5/6 anos-até à puberdade) surge o princípio da realidade, as crianças reprimem a sexualidade (morte do complexo de Édipo), repressão dos impulsos do ID pelo Ego, reorganização intrapsíquica, estruturação do Superego e, (5) fase genital (puberdade), esta última fase é caracterizada pela escolha do objeto heterossexual, verificando-se autonomia face aos pais e mecanismos de defesa do Ego. Freud (1914-1973), propôs três componentes hipotéticas da personalidade: Id, Ego e Superego. Segundo a teoria Freudiana, o Id refere-se à procura da satisfação imediata, salientando que à nascença os bebés são movidos pelo Id. Relativamente ao Ego, o autor refere que este representa a razão ou o senso comum, desenvolvendo-se durante o primeiro ano de vida, tentando o bebé encontrar modos realistas de gratificar o Id e que sejam aceitáveis pelo Superego. Finalmente, no que concerne ao Superego, inclui-se a consciência, englobando deveres e proibições socialmente aprovadas e integradas no sistema de valores da criança. O Superego é muito exigente, pois

se a criança não entender poderá sentir-se culpada e ansiosa, ou seja, poderá ser considerado a censura que cada um possui para controlar os impulsos. De acordo com a teoria Freudiana, a personalidade estava completa na adolescência, pelo que a velhice estava excluída do desenvolvimento humano, assim como nesta última etapa da vida não havia lugar para a sexualidade, para o prazer e para o bem-estar geral.

De uma forma mais concreta, Ribeiro (2002), identifica fatores mais específicos que atuam modelando a sexualidade, nomeadamente fatores hormonais, emocionais, sociais e culturais, que poderão interagir sozinhos ou em conjunto. Os papéis sociais que são atribuídos ao género feminino e masculino tornam-se importantes, pois são expectáveis determinados comportamentos em função do sexo, da idade e da posição social de cada indivíduo. As influências culturais são visíveis quando confrontamos a forma como a sexualidade é percebida nos mais velhos, contudo manter relações sexuais na velhice, por vezes, não é culturalmente bem aceite. Para além da cultura, também a educação assume igualmente um papel de extrema importância, sobretudo aquela que ocorre em contexto privado como é o familiar. A forma como as questões da sexualidade são colocadas e abordadas durante a infância e adolescência faz toda a diferença, pois a sexualidade pode ser entendida com sentimentos de culpa, pecado, ou contrariamente assumida como natural e necessária. Deste modo, os valores educacionais incutidos nas crianças irão influenciar a forma como mais tarde se vai viver a sexualidade na vida adulta e velhice. São vários os autores que fazem referência a estas influências (Risman, 2005; DeLamater e Sill, 2005), pois consideram que é muitas vezes no seio familiar que se educa para a religião, se assumem como seus os valores morais e éticos e o cumprimento dos valores é determinante para o bem-estar de cada pessoa. A educação com base em paradigmas judaico-cristãos defende a ideia de “pecado” nas relações afetivas e sexuais que não tenham como propósito a reprodução, tornando assim as pessoas inseguras no que respeita aos seus desejos e atitudes. Contrariamente, Freud (1914, 1973), defende que o objetivo da sexualidade humana é o prazer e não a reprodução. A tese de Freud foi confirmada com a emergência do conceito de saúde sexual e com a sua dissociação progressiva da obrigação de procriação, originando uma autonomização da vida sexual e da sua importância para o bem-estar dos indivíduos durante o ciclo de vida (Vasconcellos, *et al.*, 2004). Neste sentido, Black e Jacobs (1996), acrescentam que as pessoas necessitam de intimidade e contacto físico durante toda a vida, pelo que a sexualidade não está relacionada com a idade, e a capacidade de manter relações sexuais não termina com o envelhecimento.

De acordo com Dantas (2002), o sexo na terceira idade traz satisfação física, reafirma a identidade e demonstra o quanto cada pessoa pode ser valiosa para outra, estimulando sensações de aconchego, afeto, amor e carinho.

Cruz e Oliveira (2002), referem que quando se pretende definir o que é o sexo se constata que este é sem dúvida um tema imensamente vasto, que inclui desde o facto de se estar com o outro a fazer carícias, aos beijos ou a fazer amor, até às diversas formas e expressões próprias da sexualidade. Os autores consideram ainda que o sexo e a sexualidade são obstáculos para as várias sociedades, em função dos mitos, preconceitos e estigmas que intervêm nas relações sociais. Importa referir que neste

âmbito a sexualidade durante muito tempo ficou reduzida aos órgãos genitais e só após os estudos de Freud este conceito se tornou mais abrangente, incluindo a sexualidade não apenas o genital, mas também as atividades afetivas, as formas de sentir, de gostar, de amar, abrangendo, assim, todo o comportamento humano.

Ainda de acordo com Cruz e Oliveira (2002), é no ato sexual que mais se nota a capacidade de interação social, uma vez que ao contrário da fome e da sede, a motivação sexual não está sujeita à sociedade, pois ninguém morre por não satisfazer as suas necessidades sexuais, caso contrário a quantidade de óbitos seria imensa. Assim, trata-se de uma ordenação que permite uma maior flexibilidade, sendo portanto suscetível à troca individual e social, comparativamente a outras condutas humanas, verificando-se, desta forma, que a sexualidade apresenta uma dimensão psicossocial para o ser humano.

Em síntese, a visão da sexualidade humana ao longo do tempo tem sofrido alterações, pelo que alguns fatores influenciaram diretamente esse processo, nomeadamente o facto da prática sexual deixar de ter apenas função de procriação para se tornar fonte de satisfação e realização pessoal, independentemente da idade. Por outro lado, o aumento da longevidade humana que originou atingir idades avançadas em condições físicas e psicológicas satisfatórias e o facto de surgirem doenças sexualmente transmissíveis, tais como H.I.V./S.I.D.A. obrigou a repensar a nossa sexualidade, reforçando a necessidade de existir informação sobre sexo e sexualidade desde muito cedo, tendo-se desenvolvido nas escolas educação sexual e campanhas de sensibilização da Sociedade.

3.2. Fatores que influenciam a vivência da sexualidade na velhice: biofisiológicos e psicossociais

Para compreender a sexualidade dos indivíduos mais velhos, torna-se necessário considerar o comportamento sexual segundo múltiplas influências, nomeadamente, culturais, religiosas e educacionais, uma vez que influenciam intensamente o desenvolvimento sexual, determinando o modo como cada indivíduo o irá viver e experienciar ao longo da vida.

É expectável, que com o envelhecimento, surjam alterações fisiológicas que conduzem à degradação progressiva, estrutural e funcional de todos os tecidos e órgãos. Não obstante, o processo de envelhecimento também é acompanhado pelo enfraquecimento de todos os órgãos dos sentidos que são necessários para a manutenção da postura e do equilíbrio, à sensibilidade, ao toque, à dor e ao calor.

As diferenças biológicas e psicológicas entre homens e mulheres são muito pequenas, contudo apesar disso a sexualidade assume contornos e expressa-se de maneira muito diversa, dependendo do facto de se ter nascido homem ou mulher. Assim, um jovem de 20 anos de idade, em função da necessidade de auto-afirmação, tem desempenho sexual mais intenso e nem sempre vai encontrar uma mulher na mesma faixa etária preparada psicologicamente para viver fortes emoções. Do mesmo modo, quando chegam aos quarenta anos, muitas mulheres vão-se libertando de uma série de amarras, melhorando a

auto-estima e a função sexual passa a ser mais ativa depois dessa idade, referindo-se que nessa fase elas têm múltiplos orgasmos, ao passo que homens da mesma idade, já não podem contar com tantas vantagens (Gradim, Sousa & Lobo, 2007). Assim, com o avançar da idade as sensações tornam-se cada vez mais imprecisas e as respostas aos estímulos sensoriais mais lentas.

Por ventura, as alterações associadas à idade nos vários sistemas, geralmente interagem entre si, sendo as funções cardiovasculares, por exemplo, influenciadas por alterações da função respiratória, associadas à idade, que por sua vez, são influenciadas por alterações do sistema músculo-esquelético (Steinhagen-Thiessen, Gerok, & Borchelt, 1994). Ademais, as alterações fisiológicas que acompanham o envelhecimento resultam numa redução da capacidade funcional, na resiliência enfraquecida perante o *stress*, na diminuição da capacidade de adaptação fisiológica às alterações ambientais, na dilatação dos períodos necessários à recuperação física de esforços extenuantes e na suscetibilidade acrescida a doenças agudas e crônicas (Steinhagen-Thiessen, Gerok, & Borchelt, 1994). Embora as alterações fisiológicas provocadas pelo envelhecimento sejam inevitáveis, elas não representam um processo biológico uniforme.

O tipo e a magnitude das alterações no envelhecimento variam de indivíduo para indivíduo e para além disso, as alterações fisiológicas interagem, por exemplo, com fatores psicológicos, sociais, ambientais e de estilo de vida na determinação do curso e da rapidez do envelhecimento (Fries, 1980; Rowe & Kahn, 1987). As características de atitude e de personalidade podem influenciar o grau com que uma pessoa idosa procura a estimulação intelectual ou empreende atividades físicas ou sociais que, por sua vez, desaceleram e atenuam o declínio em domínios funcionais relevantes. Por outro lado, uma reduzida mobilidade devida ao enfraquecimento fisiológico pode obstruir a prática de tais atividades, precipitando um declínio subsequente.

Na opinião de Ramos e González (1994), o processo de envelhecimento sexual tem uma evolução lenta e contínua, constatando-se que as necessidades sexuais variam ao longo do ciclo vital. Os mesmos autores afirmam que a explosão hormonal que é própria da juventude vai diminuindo com a idade, porém não é extinta na sua totalidade, pelo que as mudanças fisiológicas que ocorrem nos mais velhos não têm de ser desculpa para a ausência de atividade sexual. Outro ensinamento que os autores nos proporcionam é o facto de com o envelhecimento se denotar que o desejo sexual vai diminuindo, no entanto tal facto não se deve apenas às alterações hormonais, mas também a fatores psicológicos, sociais e à própria doença orgânica que acompanha as idades mais avançadas.

Partilhando da mesma opinião, Mixão e Borges (2006), referem que com o envelhecimento ocorrem alterações físicas que podem ter impacto sobre o relacionamento sexual. Assim com o passar dos anos as mudanças na atividade sexual levam o indivíduo a reduzir a intensidade de diversas respostas ao estímulo erótico. Apesar de não justificar todas as mudanças que ocorrem, o envelhecimento fisiológico pode ser a chave importante para entender, em parte, a diminuição da atividade sexual que surge nesta etapa da vida. Com o envelhecimento as mudanças fisiológicas e anatómicas afetam todos os indivíduos, embora com impacto distinto, dependendo de indivíduo para indivíduo. De acordo com os mesmos

autores, verificam-se grandes diferenças individuais no que concerne à capacidade sexual, sendo importante referir que as mesmas são distintas de homem para mulher.

Porque falamos em alterações fisiológicas e anatómicas em homens e mulheres, parece-nos pertinente abordar genericamente o fenómeno da andropausa e da menopausa para melhor compreensão. Desta forma, a andropausa (andros=masculino/ pausis=cessação) é o termo utilizado para explicar um conjunto de manifestações que ocorre nos homens a partir de uma certa idade, que podem não estar diretamente relacionados com a diminuição dos níveis de testosterona. Com o passar do tempo constata-se que a testosterona tende a diminuir, surgindo assim a andropausa ou menopausa masculina. No entanto, ao contrário do que acontece nas mulheres, as mudanças fisiológicas ocorridas no sexo masculino são mais inconstantes, progressivas e incompletas e a fertilidade masculina mantém-se até um período mais tardio de vida (Santos & Marques, 2001).

Apesar de se poder relacionar com a diminuição dos níveis de testosterona, as manifestações da andropausa também podem ser causados pela diabetes, depressão ou ansiedade, problemas de *stress*, consumo excessivo de álcool, falta de exercício físico ou por uma dieta pouco saudável.

No homem na fase de excitação, identifica-se uma elevada redução da testosterona e um atraso na resposta erétil, pois em comparação com um jovem adulto, o homem idoso necessita de alguns minutos para atingir a ereção, enquanto o primeiro necessita apenas de segundos (Santos & Marques, 2001). Ainda neste domínio, López e Fuertes (1999), indicam como principais alterações biofisiológicas no homem a diminuição da produção de esperma e de testosterona, a partir dos 40/55 anos, respetivamente; ereção mais lenta e menos firme; diminuição da quantidade de sémen emitido; elevação menor e mais lenta dos testículos; redução da tensão muscular e alargamento do período refractário.

De acordo com Ramos e González (1994), na mulher a etapa biológica que representa a menopausa (meno=menstruação/ pausis=cessação) ocorre por volta dos 48-50 anos, variando de pessoa para pessoa e assinala o fim do período fértil, ou seja caracteriza a paragem definitiva da menstruação resultante da diminuição da ovulação, originando a transição para outra fase do ciclo biopsicossocial da vida, criando novas condições para a atividade sexual. Segundo Gradim, Sousa e Lobo (2007), existe um conceito social a respeito da menopausa que nos indica que a mulher quando alcança esse período perde o interesse e o prazer pelo sexo. Os autores referem que este mito é alimentado pela desinformação, *“pelo preconceito machista contra a mulher e no processo de achatamento da mulher na sociedade”* (Gradim, Sousa & Lobo, 2007, p. 19). A perda da fertilidade na menopausa não pode ser confundida com a perda da sexualidade. O que acontece nessa fase diz respeito às mudanças dos órgãos de reprodução, a sexualidade e a capacidade de experimentar prazer sexual são atributos que duram a toda a vida. As mulheres podem descobrir nessa fase da vida uma nova liberdade, realizando a prática sexual mais livremente, sem correr o risco de uma gravidez indesejada.

Na opinião de Sanchez e Ulacia (2006), a causa da menopausa é a perda progressiva da capacidade funcional dos ovários, que se expressa no facto destes responderem cada vez pior aos estímulos de algumas hormonas, o que vai determinar uma diminuição de estrógenos. À medida que os órgãos

genitais se veem privados do estímulo estrogénico atrofiam, o que consequentemente afeta as estruturas internas (útero, estruturas de apoio aos órgãos pélvicos e vagina) e externas (vulva), dificultando a atividade sexual feminina.

López e Fuertes (1999), apontam como principais alterações biofisiológicas na mulher a diminuição do tamanho da vagina, o facto de esta ficar mais estreita e perder elasticidade; a lubrificação mais demorada e em menor intensidade; a menor vasocongestão dos órgãos genitais; a diminuição da intensidade e da frequência das contrações e, por último as glândulas mamárias perdem firmeza e tamanho.

Na espécie humana a reprodução é fundamental, mas não é a única função e não necessariamente a mais importante, sendo de referir que, na opinião de López e Fuertes (1989), o prazer sexual não está forçosamente ligado à reprodução. Os autores referem que o prazer sexual pode ser desejado em momentos do ciclo menstrual em que a concepção não seja possível e mesmo após a menopausa. De facto a maioria das relações sexuais nos humanos não existe em função da reprodução, mas sim baseada na procura do prazer, da comunicação, da ternura, do afeto, entre outros sentimentos. A sexualidade permite-nos chegar a formas de comunicação íntimas do ponto de vista corporal e psíquico. Por outro lado, permite o planeamento de uma relação a dois no contexto de uma relação estável, caracterizada por diferentes graus de paixão, intimidade e compromisso. Os autores levam-nos para planos de reflexão ao afirmarem que a sexualidade quando vivida de modo satisfatório facilita a compreensão para com o outro e elimina a rigidez e o moralismo, sendo uma fonte de harmonia e equilíbrio para a diáde. Os autores admitem que “ (...) a sexualidade é de forma definitiva, uma fonte de amor pela vida, de biofilia, de atitude positiva diante de si mesmo, dos outros e das coisas” (López & Fuertes, 1989, p. 11).

Outra questão determinante e que está intimamente ligada à sexualidade é a imagem física. Deste modo, Ballone (2000, como citado por Mixão & Borges, 2006), refere que de uma forma geral as mulheres assumem uma maior preocupação com o aspeto estético e com a perda do aspeto juvenil, do que propriamente com a função sexual. Os homens, por sua vez, demonstram maior preocupação com as mudanças fisiológicas da própria sexualidade do que com a imagem física ou a estética do corpo. No homem idoso o interesse e o desejo mantém-se mais presentes, que a atividade sexual, ao passo que nas mulheres há um declínio, tanto no desejo como no desempenho. Assim, durante o processo de envelhecimento verificam-se algumas modificações hormonais, sendo as mais evidentes no sistema reprodutor masculino e feminino.

A diminuição hormonal no adulto mais idoso altera o mecanismo e a frequência de ereções, assim como, a lubrificação da vagina dificultando o coito. Todavia, não se pode concluir que a penetração sexual é a única forma de prazer e que a diminuição ou dificuldade leva as pessoas a serem incapazes de exercer a sua sexualidade na sua aceção mais lata (Dantas, 2002).

A este respeito, Sanchez e Ulacia (2006), referem que tanto no homem como na mulher, as mudanças fisiológicas na terceira idade não justificam, em si mesmas, uma perda brusca e significativa da atividade sexual, mas a adaptação adequada a estas mudanças pode ter um enriquecimento da sexualidade do

casal. Outro facto importante a referir, e que pode influenciar a sexualidade dos mais velhos, são as patologias de foro neurológico, nomeadamente os quadros demenciais que são frequentes, sobretudo na velhice. Deste modo, um importante aspeto da sexualidade na demência está relacionado com a substituição da atividade sexual por outras formas de demonstração de intimidade física, tais como a manifestação de afeto ou abraços, beijos e pelo toque (Davies, *et al.*, 2010).

Através da investigação no domínio tem-se constatado que a tendência entre os casais de idosos é sem dúvida o empobrecimento da vida sexual, tornando-se a sexualidade monótona, entediante e pouco excitante, transformando-se mesmo em certos casos em companheirismo e intimidade, verificando-se uma diminuição significativa da dimensão da troca sexual. Segundo Gradim, Sousa e Lobo (2007), assume-se que a atividade sexual é um reflexo dinâmico da vida dos indivíduos e torna-se importante salientar que épocas de interesse e desinteresse sexual são totalmente normais e esperadas.

Dourado e colaboradores (2010), apontam relatos de cônjuges saudáveis sobre a intimidade conjugal com parceiros com demência, afirmando que se verifica perda da qualidade na relação, após início da patologia demencial. Parceiros saudáveis ficam relutantes em expressar as dificuldades sexuais e também em procurar ajuda, pois acreditam que esses comportamentos são egoístas, demonstrando insensatez e mesmo podendo ser interpretados como aproveitamento do parceiro com demência. Desta forma, o cônjuge resiliente que mantém o desejo sexual encontra satisfação das suas necessidades sexuais no afeto físico e na intimidade, tornando assim o relacionamento conjugal menos angustiante. A intimidade pode ser influenciada, positivamente pela patologia neurológica, através da demonstração de carinho e empatia entre os cônjuges e não necessariamente pela atividade sexual em si mesma (Nogueira, 2013).

Estudos demonstram que nos mais velhos a prática do exercício físico promove maior satisfação com a vida e melhoria das capacidades funcionais (Anderson, 1998). No mesmo sentido, verifica-se que os idosos que se mantêm mais ativos sexualmente são aqueles que também se mantêm ativos fisicamente, com prática do exercício físico regular (Welch & Clements, 1996). De acordo com o descrito, Butler e Lewis (1993), referem que uma boa forma física é condição básica para se manter boa aparência e, consequentemente, boa disposição, possuindo reservas necessárias para se aproveitar uma série de interesses de vida, nomeadamente, a atividade sexual, na qual se retira maior prazer se existir saúde física e um corpo “sem dores”. Segundo os mesmos autores, a revisão da literatura sobre esta temática ressalva a ideia de que a velhice não implica um estagnar e que a sexualidade pode continuar viva. Todavia, verifica-se que alguns casais de idosos desinvestem do próprio corpo, deixando de viver a sua sexualidade originando redução dos níveis de satisfação com a vida.

No processo de envelhecimento, a adaptação implica a compensação de perdas através do recurso a novas estratégias de pensamento e a novas estratégias de resolução de problemas, que refletem bem a experiência de vida de cada um. Sobre o tema Fernandes (2000), refere que o que dificulta a adaptação dos idosos não é a diminuição das funções cognitivas, mas sim, a perda de papéis sociais, as situações de *stress* e as doenças crónicas, o desenraizamento e outros traumatismos que podem causar problemas psicológicos. Todavia, podem surgir sentimentos negativos face às alterações fisiológicas provocadas

pelo envelhecimento e a sensação que se perdeu a beleza do passado (Santos & Trindade, 1997). Pode afirmar-se que o envelhecimento biofisiológico é relevante para entender a vivência da sexualidade nesta etapa da vida, pois o envelhecimento é um processo temporal, cuja base genética e ambiental potencia positiva ou negativamente os resultados finais no modo como cada um envelhece.

López e Fuertes (1999), por sua vez, referem que as alterações se dão em graus distintos e aparecem em tempos claramente diferentes, dependendo de inúmeros fatores.

A evolução da medicina permitiu às mulheres, na atualidade, utilizarem estratégias que permitem diminuir as manifestações e condicionalismos provenientes da menopausa, nomeadamente apontamos a terapia hormonal e o uso de cremes específicos que permitem à mulher mais velha poder manter uma vida sexual ativa e feliz “ (...) *pois tinham vivido juntos o suficiente para se darem conta de que o amor era amor em qualquer parte do tempo e em qualquer lugar, mas tanto mais denso quanto mais próximo da morte (...)*” (Márquez, 2014, p. 368).

Para além dos fatores de ordem biológica, López e Fuertes (1999), indicam também condicionantes psicossociais que exercem influência na sexualidade dos mais velhos. Os autores apresentam o modelo de sexualidade dominante, designado de modelo juvenil, genital e reprodutivo. Os indivíduos idosos perante este modelo sentem-se constrangidos e ameaçados, uma vez que não se enquadram nas características que constituem o modelo. Por outro lado, apresentam um outro modelo, designado de modelo dominante de figura corporal atrativa, que assenta na juventude, elegância, vigor físico e ausência de gordura. Os mais velhos não se identificam também com este modelo na generalidade, uma vez que na velhice estas características dificilmente são mantidas na maioria dos indivíduos, o que poderá originar sentimentos negativos, pois as pessoas idosas poderão sentir-se indesejáveis sexualmente. Os autores referem ainda que também as condições económicas e sociais têm impacto sobre a sexualidade dos mais velhos. As atitudes moldadas pelo preconceito e pela ignorância suportam um conjunto de comportamentos que poderão condicionar à pessoa idosa o direito de se impor na sociedade como cidadã, podendo colocar em causa a sua auto-determinação e dignidade. A informação deficitária sobre a sexualidade e sobre as mudanças associadas ao envelhecimento contribuem para incentivar estigmas, preconceitos e mitos, o que poderá originar à negação da vida sexual nos mais velhos, afetando a auto-estima e a auto-confiança desta franja da população.

Na opinião de López e Fuertes (1989), o comportamento sexual é uma das condutas humanas mais significativas, qualquer que seja a forma concreta adotada por cada indivíduo. Subjacente ao comportamento sexual observável está o desejo sexual, os sentimentos e as fantasias que são elementos fundamentais da psicologia sexual. Por outro lado, cada cultura e cada sociedade concreta determinam os comportamentos sexuais através dos costumes, da moral e das leis civis. Em certos casos, as diferenças são muito surpreendentes e claras, o que praticamente torna impossível falar de um código universal de valores morais ou sociais sobre a sexualidade. Deste modo, podemos afirmar que dentro de cada sociedade podem mesmo ocorrer mudanças em poucos anos. Portanto para conhecer a sexualidade não basta conhecer a anatomia e a fisiologia sexual, é preciso também levar em conta a psicologia sexual e a cultura na qual o indivíduo vive (López & Fuertes, 1989).

É importante frisar que López e Fuertes (1989), salientam que todas as normas desenvolvidas pelas sociedades, estão inseridas num contexto histórico e durante o século XX esse contexto acabou por ser alterado radicalmente, devido a quatro fatores essenciais. Em primeiro lugar o controlo da mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida, que consequentemente promoveu o aumento populacional, levando os governos, principalmente da Europa na década de 60 e 70 a aprovarem o controlo da natalidade e a desenvolverem serviços de planeamento familiar. Em segundo lugar, o aparecimento e uso dos métodos contraceptivos que quando usados corretamente diminuem o risco de gravidez. Em terceiro lugar, o facto da visão sobre a sexualidade ter mudado, sobretudo no Ocidente para uma dimensão positiva e a regulamentação social dos comportamentos sexuais ser hoje muito mais permissiva. Os autores fazem referência ainda a Igreja que, tal como a anglicana, deram passos muito importantes nesse sentido, todavia outras, como a Igreja católica, viram as suas posições serem contraditórias, pelo que a moral sexual, salvo algumas exceções, é foco de debate e conflito. Por último, o advento da democracia como forma de governo, tornou-se dificilmente justificável e até inconstitucional a regulamentação dos comportamentos sexuais que ocorram entre adultos e que livremente os aceitem e que não acarretem um prejuízo social evidente. Por todos estes motivos é que a nossa sociedade regula os comportamentos sexuais, principalmente às relações dentro do casamento, ao controlo do escândalo público, à família, aos abusos sexuais com menores e à violência sexual. Os costumes são, por sua vez, mais permissivos e a moral age mais sobre a consciência individual, do que como uma norma a ser exigida (López & Fuertes, 1989).

Nas diferentes sociedades existem pressupostos comuns sobre o facto de as pessoas idosas não poderem, nem deverem envolver-se em relações sexuais, acreditando-se que a pessoa idosa é um ser assexuado. Constata-se uma negação da sexualidade dos mais velhos, das suas manifestações amorosas e na infantilização dos seus comportamentos, o que, consequentemente, irá promover uma maior dificuldade para que estes se tornem independentes, desenvolvam a sua sexualidade, estabeleçam relações amorosas e gozem da privacidade a que têm direito. Salienta-se ainda que a negação da sexualidade enraíza-se em conceções e pressupostos que os próprios indivíduos idosos internalizaram em si mesmos, enquanto ainda se encontram em idade jovem, mas que irão manter até à velhice, o que irá prejudicar a sua sexualidade.

Zimerman (2000), Ribeiro (2002), Almeida e Lourenço (2008) e Godinho, Sequeira e Pereira (2007), referem que dizer-se que a velhice é assexuada e que a pessoa idosa não tem vida sexual é um mito, manifestando uma carga de desrespeito da sociedade para com o indivíduo idoso. Certamente que os indivíduos mais velhos que manifestam ter uma vida sexual ativa acabam por se intimidar em assumir tal facto, pois receiam ser alvo de discriminação por parte da sociedade. Constatando-se que no caso de uma mulher idosa manifestar interesse sexual poderá ser apontada como “velha assanhada” e o homem como “tarado sexual”. Desta forma, o contexto socio-histórico no qual os idosos se inseriram ao longo da vida, a própria história da vida sexual poderá predizer a vivência da sexualidade na velhice (Sánchez & Ulacia, 1998).

Em suma, a sexualidade comporta um plano existencial, estando presente ao longo da vida, existindo fatores biológicos, fisiológicos e psicossociais que influenciam a vivência da sexualidade e intimidade dos mais velhos. Na realidade existem outros fatores que contribuem para que esses anos sejam muito agradáveis, pois a vantagem de se chegar a velho é ter-se o conhecimento prático e a vivência de uma vida e possuir-se um conhecimento pleno do corpo e da mente.

3.3. Conceito de Intimidade

A palavra intimidade tem origem no latim, *intimus*, e significa "secreto", envolvendo a proximidade em relação ao outro (Sternberg, 1988). Todavia, verifica-se que nem todos os autores partilham desta opinião, pois segundo a Sexton e Sexton (1982), a relação próxima entre duas pessoas é diferente da relação íntima. A relação próxima é atribuída ao estar com o outro, ao passo que a relação íntima implica o processo de auto-descobrimiento na presença do outro (Narciso, 1996). A validação do valor próprio segundo, Sullivan (1993), provém da relação íntima, a qual fornece a oportunidade para continuar a descoberta da idiosincrasia de cada um, através do envolvimento mútuo. Para além disso, a capacidade para a intimidade é considerada como um componente imprescindível para o ajustamento funcional. Desta forma, a relação íntima constitui-se num valioso recurso, aquando do surgimento de “crises de vida”, tornando o ajustamento mais difícil aquando da sua ausência. Segundo esta linha de pensamento, ser-se íntimo de outra pessoa é aceder-se ao carácter mais interior do outro e compreendê-lo, é possuir a capacidade de conhecer a percepção e consciência da realidade mais secreta dessa outra pessoa. Assim, o conceito de intimidade é descrito como um conhecimento privilegiado do que é revelado na privacidade de uma relação interpessoal, enquanto normalmente ocultado perante o público.

Segundo Sexton e Sexton (1982), a intimidade não tem origem no desejo unilateral ou numa compulsão para a união, mas sim nasce do exclusivo consenso mútuo. Também nesta linha de pensamento, Pasini (1990), refere que a intimidade exige a superação de alguns medos ancestrais. Torna-se necessário referir que, apesar de intimidade significar ou implicar proximidade, ela não é de todo compatível com dependência, e de acordo com Narciso (1996) uma relação íntima parece exigir a capacidade de se ser independente ou de se ter um adequado nível de diferenciação do *self*, confiança mútua e um nível adequado de auto-estima.

Pasini (1990), refere que a intimidade saudável entre duas pessoas deve estar assente numa forte autonomia individual, na qual aceder à intimidade deve significar por um lado, colocar-se no papel do outro e sempre sem perder a noção da sua própria identidade e por outro lado receber do outro, o seu próprio território íntimo, sem se sentir invadido.

O conceito de intimidade é descrito por outros autores, nomeadamente Erikson (1968), que salienta que o desenvolvimento da intimidade é tarefa nuclear da adultez, no seguimento da crise, característica da adolescência – *identidade versus difusão da identidade* – na qual o jovem é agora confrontado com a tarefa de desenvolver relações íntimas com os outros.

O indivíduo ao alcançar a intimidade desenvolve a virtude do amor, estando assim capaz de se comprometer numa relação, mesmo que tal signifique abdicar de interesses pessoais e fazer sacrifícios para a construção e consolidação dessa mesma relação.

O desenvolvimento da intimidade é a tarefa nuclear da adultez na proposta teórica de Erikson (1968). No seguimento da crise característica da adolescência – *identidade versus difusão da identidade* – o jovem adulto é agora confrontado com a tarefa de desenvolver relações íntimas com os outros. Erikson, propõe que a intimidade deve incluir um sentido de conexão (*connectedness*) e mutualidade com o outro, com o qual o indivíduo está capaz e deseja partilhar muito do que de mais pessoal e íntimo possui e é. Assim, para o autor “*Intimacy is really the ability to fuse your identity with someone else’s without the fear that you are going to lose something yourself*” (Erikson, 1968, p. 48). O indivíduo ao alcançar a intimidade desenvolve a virtude do amor, ou seja, está capaz de se comprometer com uma relação mesmo que tal signifique abdicar de interesses pessoais e fazer sacrifícios para a construção e consolidação dessa relação. Assim, após uma fase da vida caracterizada pela dependência, o jovem encara agora a possibilidade de se tornar mais autónomo em termos relacionais, assumindo a interdependência com outros. Erikson (1968), refere que as crises desenvolvimentais podem ser resolvidas pelo polo negativo, ou seja o indivíduo em vez de positivamente assumir a intimidade, coloca-se numa condição de isolamento para com os outros, muito frequentemente quando se sente ameaçado por eles e pelo que significa tornar-se íntimo. O autor propõe que o desenvolvimento e manutenção de relações íntimas na juventude exigem três capacidades: (1) capacidade para o compromisso, ou a capacidade para fazer investimentos significativos nas relações “*without fear of ego loss*” (p. 264); (2) capacidade para profundidade, ou a capacidade para se revelar, se envolver emocionalmente e, partilhar as suas diferenças com o outro; e (3) capacidade para manter a individualidade (ou uma clara definição do *self*) no contexto das pressões para se fundir com o outro. Deste modo, a construção de intimidade é fundamental para o sentido de identidade construído na crise anterior, pois só deste modo o indivíduo está capaz de assumir a diferenciação em relação aos pais, família e outros. Claramente, é a diferenciação do *self* que potencia os alicerces fundamentais de uma relação íntima, a partilha e a interdependência, quer se tratem de relações amorosas ou de amizade.

Muitos outros autores se debruçaram sobre o estudo da intimidade ao longo da vida, entre eles, Prager (1995), que considera que a adolescência e a adultez trazem aumentos dramáticos nas capacidades e oportunidades para o desenvolvimento de relações íntimas. Neste sentido, a intimidade é definida por Prager (1995), como um tipo de interação com componentes experimentais (cognitivos e afetivos) e sequelas. As interações íntimas têm efeitos imediatos e a curto prazo, tanto nos indivíduos como nas suas relações, sendo esses efeitos que formam os alicerces das relações íntimas. Os comportamentos íntimos implicam a partilha de algo significativo, pessoal e privado. As experiências íntimas são pensamentos, sentimentos e percepções positivas, acerca do próprio, do parceiro e da relação.

Por seu lado, Maslow (1962), refere que a intimidade contribui para a satisfação das necessidades dos indivíduos, pois de acordo com a hierarquia de necessidades, também conhecida como pirâmide de

Maslow, no terceiro nível destacam-se as necessidades de amor e relacionamento, que englobam a amizade, família e intimidade sexual.

Também Levinson (1980), se pronunciou nesta matéria, referindo que a construção de intimidade e autonomia aparecem também como estruturantes na proposta conceptual sobre o desenvolvimento adulto, caracterizado por períodos de mudança e estabilidade, que articuladamente permitem a construção da estrutura de vida. A intimidade inicia-se desde cedo na infância, através da relação que a criança estabelece com os seus pais e o seu estudo é determinante para a compreensão das relações afetivas e interpessoais.

Monteiro (2006), por sua vez, define a intimidade como sendo a confiança estreita partilhada por duas pessoas, muitas vezes ligada a sentimentos, pensamentos e atitudes de carinho e implica estar em contacto direto com a nossa realidade, e com a do outro, sem julgamentos. Esta inicia-se connosco, com o nosso corpo, respiração, coração, pele, com as nossas sensações. Há na intimidade uma dimensão de silêncio, mas que compartilha coisas indizíveis. Intimidade é a sensação de estar junto, de estar com o outro, implica confiabilidade, ou seja, poder acreditar, entregar-se ao outro, sentir que há uma base para ser e seguir, sendo o que se é e se vivência. É expressa pelo olhar, pelo toque, pelo gesto de ternura ou raiva, pela cumplicidade. Proporciona satisfação, felicidade e segurança profundas e duradouras a duas pessoas que se querem mutuamente, pelo que se verifica que o desejo de intimidade não diminui com a idade. No entanto, as condições e sentimentos que muitas vezes acompanham o envelhecimento podem condicionar a capacidade da pessoa para desenvolver e manter uma relação íntima. O envelhecimento pode modificar o modo como se exprime a intimidade numa relação, *“Viver a intimidade implica sermos pessoas no fazer da sua história, e não apenas com uma história”* (Monteiro, 2006, p. 1298).

Segundo Ramos e González (1994), pode haver intimidade sem sexo e sexo sem intimidade, sendo o sexo uma manifestação física de intimidade, considerado como importante para muitas pessoas idosas. Na opinião de Cassidy (2001), a definição de intimidade deve contemplar a dimensão temporal, como parte constituinte de um processo multissistémico intra e interindividual. Desta forma, sobre o assunto refere que *“Intimacy, therefore, is making one’s innermost known, sharing one’s core, one’s truth, one’s heart, with another, and accepting, tolerating the core, the truth, of another. It is being able to tell both the good and the bad parts of oneself, to tell of anger, ambivalence, love; and to accept both the good and the bad parts of another, to accept anger, ambivalence, love. It is to share the self: one’s excitements, longings, fears and neediness, and to hear of these in another”* (p. 122). A autora remete-nos para a ideia de que a intimidade reflete, por um lado, a capacidade de exposição e abertura ao outro e, por outro lado, é acompanhada da aceitação e tolerância relativamente ao outro, devendo assim o indivíduo ser capaz de mostrar aspetos positivos e negativos do *self* ao outro, partilhando com o outro o que é seu de mais pessoal, nomeadamente as suas imperfeições, tornando-o conhecido do outro, sem grandes receios de juízos de valor ou rejeição. Cassidy (2001), para além do referido anteriormente, alerta-nos para a necessidade do indivíduo ter de aceitar, igualmente, o que de negativo e positivo existe na outra pessoa, todavia também sem um julgamento crítico que implique afastamento

ou rejeição. Torna-se necessário, então, que o indivíduo aceite o outro tal como ele é na sua íntegra, partilhando sentimentos e experiências de carácter positivo e negativo, receios, medos e anseios, excitações, gostos e aspirações. Para que seja possível enfatizar as características do *self* de cada pessoa, torna-se imprescindível que exista entre os pares um conhecimento íntimo, grande proximidade emocional e reciprocidade, ou seja segundo a autora, um conhecimento íntimo compreende a partilha de tudo aquilo que de mais pessoal cada pessoa tem, confiando no outro como em si mesmo, partilhando o toque, as emoções, e comportamentos íntimos com vista à passagem de informação do próprio *self* ao *self* do outro. A autora refere ainda que o desenvolvimento da intimidade baseia-se em quatro capacidades: (1) capacidade de procurar cuidados; (2) capacidade de cuidar; (3) capacidade para se sentir confortável com um *self* autónomo; e (4) capacidade de negociação do grau de intimidade da relação. O desenvolvimento destas capacidades encontra-se intimamente associado a uma vinculação segura. Uma vinculação segura promove estas capacidades fundamentais no estabelecimento de relações íntimas, que por sua vez se manifestam como contexto, privilegiado para o estabelecimento de novas vinculações seguras (Faria, 2008). A intimidade desenvolve-se entre pares, numa relação de confiança mútua, em relação ao *self* e aos outros.

3.4. Contributos da Teoria da Vinculação para a compreensão da Intimidade

A teoria da vinculação de John Bowlby (1969/1982), permite a compreensão da intimidade ao longo de todo o ciclo vital. Todavia encontra-se mais focalizada para a infância e vida adulta, do que propriamente na velhice. O estudo da intimidade poderá ser assim melhor entendido quando analisado à luz desta teoria pois assume-se como um quadro conceptual que promove grandes contributos teóricos e metodológicos para a compreensão do desenvolvimento humano e das trajetórias de vida. Deste modo, é desde a infância que podem ser encontrados os ingredientes para o estabelecimento de relações íntimas na adolescência e idade adulta (Bowlby, 1969/1982). A qualidade da vinculação na infância parece ter um papel nuclear no desenvolvimento posterior, com implicações em todas as dimensões deste processo e em todas as fases do ciclo vital, promove a exploração, alimentando o sentimento de competência e a autonomia do indivíduo. De acordo com o descrito, considera-se que a qualidade da vinculação se torna essencial para a segurança psicológica do ser humano, orientando e potenciando as trajetórias desenvolvimentais adaptativas e inadaptativas desde a infância até à velhice Bowlby (1969/1982).

Devido ao suporte da figura de vinculação, a criança pode explorar com confiança e competência o ambiente, que se traduz na segurança decorrente do conhecimento de que esta figura estará disponível/acessível e responsiva em caso de necessidade. Este fenómeno é designado como *base segura* (Ainsworth, 1989) e é central na teoria de vinculação.

O desenvolvimento no terreno empírico da teoria da vinculação conhece nos anos 80 uma nova fase (Soares, 2002), deslocando o foco da avaliação da infância para a idade adulta e movendo-o do domínio

comportamental operacionalizado por Ainsworth e colaboradores, para o domínio representacional (Main, Kaplan & Cassidy, 1985).

Adotando metodologias de observação naturalista nos estudos realizados no Uganda (Ainsworth 1963, 1967) e Baltimore (Ainsworth, 1977) e de cariz laboratorial de avaliação da interação mãe-bebê (por meio do procedimento denominado de *Situação Estranha*) Ainsworth (1978), promove o desenvolvimento da avaliação e compreensão das diferenças individuais na organização comportamental da vinculação, bem como no estudo de trajetórias desenvolvimentais que enfatizam o papel da figura de vinculação e frisam no domínio empírico, a vinculação enquanto construto relacional (Soares, 2002). Porém, a autora manifesta a importância do mesmo processo no âmbito das relações adultas, ao defender que uma relação de vinculação segura é aquela que promove o funcionamento e a competência para além da relação.

O comportamento de vinculação para a espécie humana é vital pois, a sobrevivência desta é compreendida se concebermos que o bebê nasce com um sistema comportamental que tem como função protegê-lo do perigo. A função deste sistema é a proteção e o resultado previsível é a aproximação de uma figura específica (Bowlby, 1969/1982), sendo que os mesmos estão organizados num sistema comportamental de vinculação: chupar, abraçar, olhar, chorar e sorrir.

Na infância foram identificados os seguintes padrões de vinculação: a) seguro; b) inseguro-evitante; c) inseguro ambivalente-resistente, e d) desorganizado-desorientado.

Segundo os resultados da investigação, crianças pequenas com vinculação segura são mais sociáveis com os pares e adultos do que crianças inseguras, estabelecem e mantêm relações de amizade, funcionam em grupo, são auto-confiantes, apresentando melhor coordenação física, maior auto-estima e são independentes (England & Sroufe, 1992; Main, 1983). Estas crianças têm tendência para estabelecer relações positivas com os outros, e têm facilidade em encontrar um equilíbrio harmonioso entre intimidade e independência.

Por sua vez, crianças com padrão de vinculação insegura apresentam inibição aos 2 anos, hostilidade relativamente a outras crianças aos 5 anos e dependência durante os anos escolares e maior dificuldade em se relacionarem com os outros. Consta-se, por um lado, que crianças com padrões de vinculação insegura-evitante, normalmente possuem cuidadores negligentes, que não disponibilizam a atenção necessária ao bebê e, por outro lado, crianças com padrão de vinculação insegura-ambivalente, tal como a palavra indica, desenvolvem uma relação ambivalente com os seus cuidadores, uma vez que desde cedo estes demonstram não estar disponíveis, provocando uma noção de imprevisibilidade na criança. Finalmente, crianças com padrão de vinculação desorganizado-desorientado possuem comportamentos que não são congruentes com o contexto interativo imediato, não demonstrando uma estratégia coerente de vinculação. Este processo tem sido compreendido à luz do constructo de natureza cognitivo-emocional designado modelos internos dinâmicos de vinculação (*Internal Working Models* MID) concebidos como sendo construídos no contexto da relação da criança com as figuras de vinculação e que permitem organizar a experiência sob a forma de representações generalizadas sobre o *self*, as figuras de vinculação e as relações, orientando, assim, o comportamento (Soares, 2000).

Claramente, os MID orientam as expectativas, sentimentos, comportamentos e processamento da informação, assim como a regulação emocional no contexto de situações relevantes em termos da vinculação (Bretherton & Munholland, 1999). Todavia, as diferenças individuais nessas representações estarão implicadas na forma como o indivíduo responde às tarefas desenvolvimentais específicas de cada período de vida (Sroufe *et al.*, 2005; Sroufe, 2002; Allen & Land, 1999; Cassidy, 2001). Assim, os MID enquanto metáforas conceptuais determinantes para a compreensão do desenvolvimento do indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, tornam-se indispensáveis e lícitos. Para Bowlby (1973), os MID podem variar em função de simplicidade-complexificação, acompanhando o processo desenvolvimental do indivíduo, no decurso do qual modelos mais sofisticados e integrativos substituem progressivamente versões anteriores de menor complexidade (Bretherton, 1985; Thompson, 1999). Esta assunção dos MID enquanto esquemas representacionais alvo de permanente complexificação decorre desde logo da sua nomenclatura original, sendo estes modelos determinantes para dar suporte às relações de intimidade na idade adulta, assim como nas relações amorosas entre pares.

Segundo Bowlby (1973, 1980), os MID são postulados como relativamente estáveis ao longo do tempo, embora com uma crescente complexificação. Para o autor, são organizadores da experiência e decorrem de padrões relacionais, tornando-se expectável que os mesmos tendam a subsistir, particularmente se as características relacionais subsistirem também. Especificamente, MIDs em que o *self* é representado como incompetente e não merecedor de afeto e a figura de vinculação como indisponível tendem a rigidificar, ao passo que um MID em que a figura de vinculação é representada como próxima e responsiva e o *self* como competente, verifica-se flexibilidade e capacidade de incorporação de novas experiências de vinculação. Assim, os MID constituem-se mediadores na compreensão e construção das relações interpessoais, emergindo uma dimensão complementar e reciprocamente confirmatória entre os MID da figura de vinculação e do *self*.

Existem evidências empíricas de que as relações de vinculação inseguras na infância têm repercussões mais negativas a longo prazo, ao nível do desenvolvimento social e emocional do indivíduo na sua trajetória desenvolvimental, comparativamente ao padrão de vinculação segura (Weinfield *et al.*, 1999, Thompson, 1999). Desta forma, a organização da vinculação na infância está associada a maior vulnerabilidade face a acontecimentos de vida adversos. Todavia, as diferenças individuais não são vistas nem como características inexoráveis manifestadas ao longo do tempo, nem como infinitamente maleáveis e, por isso alteráveis a cada nova experiência. O espaço de mudança é possível, uma vez que numa perspetiva desenvolvimental das diferenças individuais na vinculação, o desenvolvimento subsequente do indivíduo deverá ser concebido como um produto conjunto de adaptação ou história prévia e das circunstâncias atuais (Weinfield *et al.*, 1999).

Na opinião de Soares (2000), a perspetiva da vinculação na adolescência é tempo de aprendizagem do “*tornar-se uma figura de “* mas, necessariamente ser “*figura vinculada*” também. Por outro lado, parece-nos claro que as tarefas desenvolvimentais da vida adulta são distintas das da infância, apelando à mobilização de recursos diferentes e constituindo-se como desafios muito específicos em termos de complexidade e exigência.

A conceptualização das relações íntimas como relações de vinculação foi proposta por Hazan e Shaver (1987, p. 75) ao postularem que “(...) *all important love relationships - especially the first ones, with parents, and later ones with lovers and spouses - are attachments' in Bowlby' sense.*” Estes autores defendem paralelismos entre as relações íntimas na idade adulta e as relações de vinculação na infância, que se efetivam na concepção de que na idade adulta a relação com o outro poderá constituir-se como promotora de segurança, na medida em que o indivíduo procura proximidade em situações avaliadas como ameaçadoras, recorrendo ao outro para readquirir uma percepção de competência pessoal e de capacidade para explorar o mundo.

Nas últimas décadas, a investigação tem-se debruçado sobre o papel que a vinculação desempenha no estabelecimento, manutenção e rutura das relações íntimas (Feeney, 1999), constituindo-se como desafio a análise do processo de construção de uma nova relação de vinculação por duas pessoas, com as suas próprias histórias e representações de vinculação individuais (Karney, Bradbury & Thomas, 1995). Importa referir, que a manutenção da segurança é estruturante para o funcionamento individual, seja na infância ou na vida adulta.

Uma das tarefas chave da juventude é clarificar o sonho, o equivalente a um projeto de vida e encontrar ou operacionalizar modos de o concretizar. Se tal não é realizado, o sonho pode desvanecer, morrer e consequentemente, o indivíduo perde o sentido de vitalidade e finalidade. Contrariamente, concretizar o sonho significa aumentar a possibilidade do indivíduo obter realização e eficácia/competência pessoal. Por sua vez, na idade adulta é esperado um equilíbrio contínuo e flexível entre o procurar e o proporcionar segurança e conforto, isto é, entre o recorrer ao outro como base segura e constituir-se como tal, face ao outro quando necessário (Ainsworth, 1991; Crowell & Treboux, 2002). Numa relação quando identificamos a outra pessoa como base segura, percebendo-a como disponível e responsiva face ao desconforto pessoal ou em situações problemáticas e reciprocamente funcionamos como base segura para o outro, conferimos ao indivíduo a percepção de segurança, pertença e partilha, consubstanciando o estabelecimento e desenvolvimento da intimidade (Cassidy, 2001).

Cassidy (2001), e Costa (2005), referem que a intimidade é fundamental para o bem-estar psicológico e social do indivíduo, referindo que o conhecimento sobre a intimidade é importante para os profissionais, principalmente médicos, devido à clara evidência associativa entre problemas com intimidade e problemas fisiológicos, de saúde e psicológicos.

Parece claro que na transição para idade adulta é expectável que o jovem experiencie um afastamento da família nuclear, decorrente da sua entrada no ensino superior e/ou da sua inserção na atividade profissional.

De acordo com Sroufe, Egeland, Carlson e Collins (2005), o normativo estabelecimento e desenvolvimento de relações íntimas de cariz amoroso e de amizade exige a capacidade de coordenação das relações interpessoais com as tarefas laborais, de gestão financeira e sociais, num balanceamento entre a construção da autonomia e da intimidade.

Levinson (1978, 1980) e Erikson (1968) referem que estas tarefas desenvolvimentais são fundamentais neste período da vida e, segundo Erikson, são necessárias para a adequada efetivação da intimidade e da capacidade de compromisso, de manutenção da individualidade e de partilha com o outro.

Cassidy (2001) por seu lado, salienta que estes movimentos de preservação e partilha do *self*, requeridos ao indivíduo a partir da sua adolescência, consequência do aumento da rede relacional, exigem flexibilidade e maleabilidade dos MID, sendo necessários ao processo de adaptação.

Na idade adulta a teoria da vinculação oferece contributos para a compreensão do desenvolvimento e funcionamento do adulto, referindo-se os domínios da intimidade, relação filial, parentalidade, co-parentalidade, sexualidade e contexto profissional. Claramente os acontecimentos específicos da vida adulta destacam o fim da escolaridade, início da atividade profissional, autonomia financeira, casamento, parentalidade e na meia-idade a monitorização do bem-estar dos pais o assumir da responsabilidade pelo cuidado dos mesmos, acumulando com a tarefa de cuidar dos filhos adolescentes/jovens e lidar com a perda das primeiras figuras de vinculação.

No que concerne à organização da vinculação em indivíduos adultos e segundo o sistema de Main e Goldwyn (1984,1998), identifica-se três categorias: 1) organização Insegura de tipo desligada-rejeitante, caracterizada pela rejeição ou desvalorização das relações de vinculação (D); 2) insegura de tipo emaranhado-preocupado, caracterizada pela confusão e incoerência, a não objetividade relativamente às relações e às suas influências (E) e 3) segura-autónoma, as figuras de vinculação constituem uma base segura para o desenvolvimento (F).

Segundo Cassidy (2001), os indivíduos seguros possuem um conjunto de expectativas relativamente a novos relacionamentos, esperando que os outros os aceitem com todos os defeitos e virtudes, contribuindo assim estas expectativas para a intimidade, sendo a mesma vista como positiva. A investigação empírica no domínio refere que os indivíduos seguros são avaliados como mais resistentes (Zimmermann, 1999; Kobak & Sceery, 1988), socialmente mais competentes e com auto-estima mais positiva (Crowell, Fraley & Shaver, 1999; Zeanah, Benoit, Barton, Regan, Hirshberg & Lipsett, 1993), assim como com melhores capacidades de regulação emocional do que os indivíduos inseguros (Cassidy, 1994).

No que se refere ao padrão de vinculação inseguro-desligados, os indivíduos recorrem a estratégias defensivas de desvalorização e minimização para lidarem com situações de separações e propendem a apontar alguma dificuldade neste processo, sendo provavelmente melhor identificadas pelos outros do que pelo próprio (Kobak & Sceery, 1988). Estudos demonstram que estes adultos exteriorizam uma maior dificuldade na procura de cuidados.

No padrão de vinculação inseguro-preocupado, o indivíduo apresenta uma necessidade permanente de se manter próximo de outra pessoa, prevalecendo uma necessidade continuada de proximidade e disponibilidade (Cassidy, 1994), o que consequentemente irá comprometer o sistema de exploração e por sua vez poderá prejudicar a intimidade, pois é espectável que os outros estejam atentos a todas as necessidades da pessoa, apresentando-se o indivíduo totalmente dependente do outro, podendo mesmo conduzir à ambivalência e ressentimento por parte do parceiro.

Claramente, os indivíduos seguros constroem um modelo positivo do *self* e dos outros, confiando nos outros e em si mesmos e respondem com equilíbrio entre a proximidade e a autonomia nas suas relações íntimas, sentindo-se assim, confortáveis no desenvolvimento das mesmas (Allen & Land, 1999). Por seu lado, os indivíduos desligados podem sentir-se ameaçados por esta tarefa, uma vez que desenvolveram uma estratégia de manter a distância na relação com os outros, especialmente nas relações íntimas, tornando-se auto-suficientes (Collins & Sroufe, 1999). Finalmente e na opinião de Cassidy (1994), os indivíduos preocupados como acentuam a sua necessidade de proximidade e disponibilidade, podem conseguir desenvolver algumas relações íntimas, todavia com custos para a sua própria autonomia e para a dos seus pares. Por todas estas razões, pode-se afirmar que o padrão de vinculações seguro encontra-se relacionado com interações mais positivas no âmbito das relações amorosas (Crowell, Treboux, Gao, Fyffe, Pan & Waters, 2002; Cohn, Silver, Cowan & Paerson, 1992). A este propósito é de acrescentar que indivíduos seguros apresentam maior capacidade de regulação emocional comparativamente a indivíduos inseguros (Cassidy, 1994), necessitando recorrer a outros para receberem suporte e ajuda (Cassidy, 1994), não sendo vista a separação para eles como uma ameaça. Por seu lado, os indivíduos preocupados, perspetivam a separação como a representação de uma ameaça, apresentando claramente maior dificuldade de regulação emocional (Cassidy, 1994). Os desligados, por sua vez, como lidam com as separações recorrendo a estratégias defensivas de desvalorização e minimização, manifestam também alguma dificuldade neste processo (Kobak & Sceery, 1988).

Logicamente nas relações íntimas, o indivíduo ao considerar o parceiro como disponível e responsivo às suas necessidades, cria sentimentos de segurança necessários para que o *self* possa explorar outros territórios, de modo autónomo. Trata-se da dialética entre autonomia e vinculação, exigindo o equilíbrio e a confiança básica na diáde, com capacidade de negociação. A gestão da prestação e procura de cuidados, bem como a exploração autónoma, implicam um processo de partilha e de negociação desses movimentos de interioridade, ao nível da afirmação do *self* dentro da relação e de exteriorização em termos de territórios exteriores à relação. Por seu lado, os MID orientam os processos cognitivos e emocionais envolvidos no estabelecimento das relações íntimas ao longo do ciclo vital, e por sua vez irão moldar os comportamentos interpessoais. Aliada à perceção do próprio como capaz de proporcionar e merecer cuidados, a perceção de que a relação é estável, induz sentimentos de segurança e confiança, sendo assim o indivíduo capaz de receber e proporcionar afeto e cuidados. Os indivíduos tendem a afiliar-se a outros similares de forma a reunir condições necessárias para assegurar a prestação de cuidados necessários à descendência.

Em síntese, a investigação no domínio tem demonstrado que os indivíduos com padrão de vinculação segura mantêm expectativas positivas face a novos relacionamentos, proporcionando as mesmas, contributos para a qualidade da intimidade na relação, podendo-se afirmar que a vinculação segura encontra-se associada de forma positiva à procura de cuidados, quer nas crianças, quer nos adultos. Embora os dois tipos de vinculação insegura sejam diferentes em vários aspetos, cada um deles tem como ponto em comum uma maior probabilidade de interferirem com a procura bem-sucedida de

cuidados e capacidade de cuidar efetiva e, por conseguinte, dificultar a capacidade de construção de intimidade. Em outras palavras, a vinculação assume-se como relevante na vida humana, pois dota o indivíduo de competências que facilitam a adaptação, na medida em que proporciona recursos internos e externos que influenciam a forma como a pessoa enfrenta as adversidades (Soares, 2010). Segundo Cassidy (2001), experienciar o outro como base segura, percebendo-o como disponível e responsivo face ao desconforto pessoal ou no confronto com situações percebidas como problemáticas e reciprocamente funcionar como base segura para o outro, confere ao indivíduo a percepção de segurança, pertença e partilha, consubstanciando o estabelecimento e desenvolvimento da intimidade.

3.5. Teoria da Seletividade Socioemocional: a sociabilidade dos mais velhos

A teoria da Seletividade Socioemocional foi desenvolvida por Laura Carstensen e colaboradores na década de 90 e procura explicar as alterações nas interações sociais e as mudanças de comportamento emocional das pessoas idosas.

Carstensen (1995), coloca questões teóricas fundamentais sobre a função e o significado das interações sociais, assim como questiona qual o lugar que ocupa a intimidade nas relações, referindo que está presente uma grande variabilidade de comportamentos associada à idade. A teoria da seletividade socioemocional contrapõe as teorias sociológicas da atividade (Havighurst & Albrecht, 1953), do afastamento (Cummings & Henry, 1961) e das trocas sociais (Dowd, 1975), porque considera que os indivíduos não são simplesmente reativos ao contexto social, mas também o constroem ativamente.

Uma questão fundamental e que tem vindo a ser discutida, é o facto dos contactos sociais serem benéficos e significativos para o bem-estar dos indivíduos, todavia é visível um lado negativo nestes contactos, devido ao apoio indesejável ou excessivo, à violência ou mesmo à negligência (Lang & Carstensen, 1998; Smith & Goodnow, 1999). O facto dos contactos sociais diminuírem com a idade, torna-se uma das questões importantes na nossa análise, levando-nos a questionar as condições precedentes e consequentes do fenómeno do envelhecimento. Claramente, verifica-se que ao longo da vida as relações sociais vão sofrendo alterações, não apenas devido à alteração do contexto, mas também às mudanças de comportamento e de preferências individuais (Lang & Carstensen, 1998). É evidente que as relações sociais nos mais velhos se vão alterando, por um lado devido à mudança dos contextos (e.g., reforma, torna-se avó) e por outro, devido à mudança de comportamentos e preferências individuais referindo-se que o número de contactos sociais vai diminuir com a idade (5 a 15 amigos). De acordo com a teoria da seletividade socioemocional (Carstensen, 1998), esta diminuição parece não ser propriamente uma perda, e, naturalmente o contato com pessoas emocionalmente próximas, particularmente familiares e amigos, parece relativamente estável, assim como o convívio social e o intercâmbio afetivo continuam a ser relevantes nos indivíduos idosos. Do mesmo modo, com o aumento da debilidade, fragilidade ou incapacidade, o apoio prestado pela rede de amigos e familiares torna-se mais importante para a pessoa idosa, sendo valorizado o apoio dado e recebido.

Na opinião de Carstensen (1998), existe uma explicação para a redução da rede de relações sociais na velhice e para a diminuição da participação social. Segundo a autora, o indivíduo idoso realiza uma redistribuição ativa dos seus recursos socioemocionais em virtude da mudança e segundo a sua perspectiva de tempo futuro. Assim os indivíduos idosos ao perceberem que têm menos tempo de vida, procuram selecionar os objetivos que têm em vista, metas e formas de interação, otimizando desta forma os recursos que dispõe com vista a passarem mais tempo junto daquelas pessoas que realmente lhes são próximas. Carstensen e Lutz (1999), referem ainda que quando comparados os idosos com adultos jovens se verifica que as metas dos mais jovens são em maior número e a longo prazo, uma vez que os jovens percebem o tempo como ilimitado. Desta forma, as pessoas idosas acabam por se envolver mais nos relacionamentos que lhes proporcionam experiências emocionais significativas, revelando serem mais seletivos nos contactos sociais estabelecidos. Por conseguinte, para além da ajuda ser essencial para a sobrevivência, a existência de relações sociais significativas deverá ser considerada como um fator protetor da saúde mental dos indivíduos, pois atuam como “*almofada*” facilitadora da recuperação em situações de descompensação. Logo este aspeto poderá ser um dos principais motivos para considerarmos a importância dos fatores sociais ao longo da vida, sobretudo nas fases de maior vulnerabilidade como poderá ser considerada a velhice. Assim, a presença de redes de apoio e contactos sociais significativos são sem dúvida, um dado essencial para que se possa assegurar a autonomia de uma pessoa, contribuindo para a avaliação positiva do bem-estar, maior saúde mental e uma maior satisfação com a vida, promovendo-se, assim um envelhecimento ótimo.

Segundo a perspectiva de Carstensen (1987, 1989), a seletividade assiste a duas principais funções. Permite que os indivíduos conservem a energia física, tratando-se de uma tarefa que se torna cada vez mais importante com a idade e que atua como mecanismo de regulação de afeto, porque a maioria das emoções ocorrem em contexto de relações sociais. Além disso, ao diminuir os níveis de interação social, os indivíduos mais velhos otimizam a experiência de afeto positivo e minimizam o efeito de afeto negativo, ou seja, começam a selecionar as relações mais íntimas e iniciam um desinvestimento das relações menos íntimas ou superficiais, ou seja aquelas que lhes são menos próximas. Postula como central a redução de interações sociais relacionadas com a idade. A propósito, acrescentamos que esta é uma visão de seletividade que diverge dos modelos anteriores de envelhecimento socioemocional, em que se assume que é gradual e se inicia desde cedo, as reduções observadas não incluem todas as classes e parceiros sociais e a mudança não se refere somente a uma diminuição da disponibilidade dos parceiros sociais, encontrando-se enraizada nos pensamentos e preferências da pessoa idosa.

A teoria da seletividade socioemocional identifica os motivos essenciais e determinantes para o desenvolvimento das relações interpessoais, sendo os mesmos apresentados na figura 1, seguidamente.

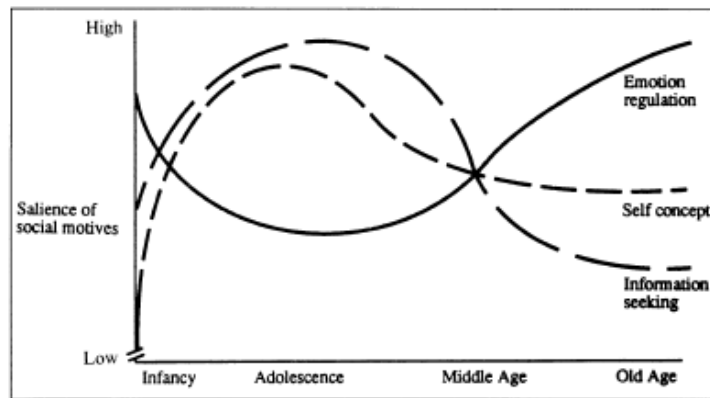


Figura 1. Representação da evolução dos três motivos sociais ao longo do ciclo de vida (Carstensen, 1995)

Note-se que Carstensen (1995), refere que os motivos vão variando de intensidade mediante a importância que cada pessoa lhes atribui em cada fase do ciclo vital. Desta forma, parece-nos claro que no início da meia-idade se observa que existe um aumento da regulação emocional, centrando a pessoa a sua atenção na regulação das emoções e, por conseguinte, verificando-se uma redução da procura de informação. Esta mudança poderá ser explicada pela alteração de objetivos e prioridades que se vão modificando durante os diversos períodos da vida, o que leva a pessoa a realizar ajustes e adaptações face ao que lhe é apresentado. A autora salienta a importância exercida pela forma como cada pessoa interpreta o seu tempo futuro, referindo que a percepção de tempo faz toda a diferença. Por um lado, quando o tempo é visto como limitado e se reconhece que existe pouco tempo, a atenção do indivíduo é deslocada apenas para o presente e para a satisfação de necessidades imediatas, não despendendo atenção sobre o futuro. Por sua vez, quando o tempo futuro é percebido como distante, os objetivos a longo prazo assumem uma maior relevância. A ênfase temporal presente aumenta o valor que as pessoas atribuem à vida, às emoções e influencia as decisões que tomam em termos relacionais. A questão do tempo futuro é discutida, pois Carstensen (1995), considera que esta questão se encontra intimamente associada à seleção e procura de objetivos sociais.

A análise à Figura 1 permite-nos também concluir que a teoria da seletividade socioemocional descreve a trajetória do ciclo de vida de uma pessoa, apresentando três motivos essenciais e determinantes para o desenvolvimento das relações interpessoais: (1) regulação da emoção; (2) desenvolvimento e manutenção do auto-conceito; (3) procura de informação.

Decerto a regulação emocional é determinante durante toda a vida, principalmente quando se torna num objetivo psicológico. Importa referir que os indivíduos acabam por se tornar cada vez mais seletivos nas escolhas dos seus parceiros sociais, privilegiando essencialmente figuras familiares, pode-se mesmo afirmar que possivelmente será na infância e na velhice que a regulação emocional atingirá o seu auge de desenvolvimento. Quanto ao desenvolvimento do auto-conceito este caracteriza-se pela forma como cada indivíduo se define, ou seja a imagem que constrói do *self*. O desenvolvimento do auto-conceito apresenta o seu auge de desenvolvimento principalmente na fase da adolescência, uma vez que é nesta fase da vida que cada pessoa define efetivamente a sua própria identidade para si e

para os outros. Finalmente, no que concerne à procura de informação quando esta se estabelece como objetivo, os indivíduos desconhecidos tornam-se muitas vezes a melhor fonte. Quando a pessoa pretende explorar o mundo, interações com novos parceiros sociais assumem um maior potencial para alcançar esse objetivo, salientando-se que a fase entre adolescência e juventude é quando se atinge, possivelmente, o auge. Cassidy (1994), de acordo com a teoria refere que esta é uma fase da vida em que os indivíduos estabelecem a sua independência relativamente aos familiares e amigos, procurando assim novos contactos sociais.

Em síntese, a teoria da seletividade socioemocional, enquanto teoria de ciclo de vida, propõe que a percepção do tempo desempenha um importante papel na prioridade das metas sociais, das preferências em relação aos parceiros sociais e dos tipos e intensidade das relações interpessoais/sociais. A redução da amplitude da rede social e da participação social na velhice reflete a redistribuição de recursos socioemocionais realizados pelos mais velhos, na medida em que há mudanças na percepção de tempo futuro, pelo que de forma adaptativa na velhice, os contactos sociais tendem a ser mais restritos, contudo passa a ser mais relevante o envolvimento seletivo com relacionamentos sociais mais próximos, mantendo os indivíduos idosos proximidade a pessoas que oferecem rapidamente retorno emocional, proporcionando estabilidade emocional e sentimentos de segurança. Estas alterações adaptativas permitem aos indivíduos idosos poupar recursos que são escassos e canalizar os seus esforços para pessoas que são importantes e, por sua vez, potenciarem a otimização do funcionamento afetivo e social (Carstensen, 1998).

3.6. Sexualidade e Intimidade: evidências da investigação

Ao longo da história, a velhice foi encarada de forma diversa, ora venerada, ora desprezada, variando consoante a cultura e a sociedade (Paúl, 1997).

A velhice é um conceito socialmente construído e não universal e desta forma a compreensão do significado social da velhice passa por analisar os valores de cada sociedade, que por sua vez estão de acordo com a respetiva organização. Assim, a variabilidade histórica e social do conceito exprime uma diversidade de valorizações que condicionam e são condicionadas pela posição social dos indivíduos (Lima & Viegas, 1988).

Paúl (1997), ao citar Schoorts e Birren (1980), refere que o envelhecimento é um processo composto não só pelo envelhecimento biológico (senescência), mas também pelo envelhecimento social (papéis sociais esperados pela sociedade como sendo apropriados) e o envelhecimento psicológico (adaptação ao processo de senescência). Deste modo, o envelhecimento é uma etapa da vida humana marcada por profundas alterações biopsicossociais, sendo influenciado por fatores genéticos, psicológicos, sociais, culturais e estilos de vida. De acordo com os autores, para além do fator idade, o envelhecimento é também afetado pelas condições de vida de cada país ou região, pelo estado psíquico e emocional e pelo apoio social, financeiro e familiar que lhe é proporcionado.

Certamente, que as mudanças que se verificam durante este período podem comprometer a autonomia dos indivíduos, a capacidade de estabelecer relações sociais e afetivas e a vivência da própria sexualidade. Sendo certo que o envelhecimento não implica o abandono da sexualidade, torna-se pertinente a implementação de estratégias para se evitar a desvalorização pessoal, permitir o envelhecimento saudável e manter a atividade, pois as mudanças fisiológicas que ocorrem no ser humano com o processo de envelhecimento podem alterar a vida sexual dos mais velhos, ficando a mesma por vezes anulada (Vieira, 2014).

Na atualidade, o envelhecimento aparece associado a doenças e perdas e está ligado à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade e *“na base da rejeição ou da exaltação acrítica da velhice, existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência”* (Neri & Freire, 2000, p. 8).

De acordo com a investigação científica, pode-se afirmar que o estudo da sexualidade e intimidade na velhice ainda é diminuto, o que consequentemente promove um avanço lento no conhecimento científico neste domínio. Claramente, se denota a existência de estudos numa linha biomédica e sobre o assunto, DeLamater (2012), refere existir a preocupação em estudar o impacto negativo de doenças específicas, condições médicas, ou a influência da terapêutica no funcionamento sexual das pessoas mais velhas, principalmente em pessoas com mais de 60 anos. Segundo a perspetiva biomédica da sexualidade, a diminuição do desejo sexual e da atividade sexual na velhice é determinada pelas alterações físicas, hormonais e pelas doenças. De acordo com o descrito, verifica-se que existem determinantes biológicos e fisiológicos que condicionam a sexualidade, nomeadamente idade, níveis hormonais, doenças específicas e terapêutica, que consequentemente afetam negativamente o funcionamento sexual dos indivíduos mais velhos (DeLamater & Sill, 2005). Para além deste aspeto, importa referir que se denota que a investigação tem vindo a incidir no estudo da sexualidade masculina. Desta forma, torna-se necessário realizarem-se estudos que possuam uma abordagem alargada, promovendo a compreensão de outros aspetos que são também determinantes para a garantia do bem-estar e qualidade de vida dos mais velhos, de foro psicológico, emocional, contextual, social e cultural e não apenas numa abordagem biológica, fisiológica e médica.

Resultados do estudo realizado por DeLamater e Sill (2005), demonstram que o desejo sexual na vida adulta de homens e mulheres é influenciado pela idade, pela importância que o indivíduo atribui ao sexo e finalmente, pela existência de um parceiro. Todavia, os homens afirmaram que existe uma última influência indicando a educação. De acordo com estes resultados, constata-se que neste estudo as atitudes dos indivíduos sobrepõem-se às questões biomédicas. No entanto, outras investigações apresentam resultados diferentes, nomeadamente investigações de foro fisiológico que demonstram que a aptidão física assim como a manutenção da atividade sexual frequente são aspetos essenciais para se envelhecer bem (Parreño, 1984; Anderson, 1998).

Outros autores apresentam estudos neste âmbito, nomeadamente Lindau e colaboradores (2007), que referem ter constatado que a frequência da atividade sexual descrita pelos participantes idosos e sexualmente ativos foi claramente semelhante à referida pelos jovens e adultos, com idades

compreendidas entre os 18 e os 59 anos. Verifica-se que a frequência da atividade sexual entre os indivíduos mais velhos sofreu um ligeiro decréscimo com o aumento da idade até 74 anos, apesar de manifestarem um elevado índice de problemas sexuais (> 50%) (Lindau, Schumm, Laumann, Levinson & O'Muircheartaigh, 2007).

No entanto, Meston (1997), salienta que através dos estudos realizados por Pfeiffer e colaboradores (1968) se conclui que 95% dos homens com idade entre os 46 e 50 anos mantêm relações sexuais semanais, tal como ocorre nos homens mais velhos com idades compreendidas entre os 66 anos e os 71 anos. A este propósito, Meston (1997), refere Diokno e colaboradores (1990), para afirmar que quase cerca de 74% dos homens casados com mais de 60 anos permanecem sexualmente ativos. Ainda neste âmbito, Bretschneider e McCoy (1988), demonstraram que 63% dos homens entre os 80 e os 102 anos continuam também a ser sexualmente ativos. Ao nível das questões da sexualidade na quarta idade, DeLamater (2012), sugere que (a) os homens e as mulheres permanecem sexualmente ativos até aos 80 anos, (b) as mudanças físicas relacionadas com o envelhecimento não estão diretamente associadas ao declínio no funcionamento sexual e, (c) uma boa saúde física e mental, atitudes positivas face ao sexo na vida adulta e existência de um parceiro saudável estão associadas à manutenção da atividade sexual. Desta forma, estudos demonstram que mais de metade dos homens com mais de 90 anos referem manter interesse sexual, no entanto apenas menos de 15% deles podem efetivamente ser considerados sexualmente ativos (Schiavi & Ballone, 2002, como citado por DeLamater, 2012).

Meston (1997), afirma que os fatores psicológicos influenciam a sexualidade dos indivíduos jovens, mas também afetam, igualmente, homens e mulheres mais velhos, ressaltando a importância das relações interpessoais. A autora concluiu que conflito conjugal, desequilíbrios do relacionamento, problemas de compromisso, intimidade e problemas de comunicação, falta de confiança, falta de correspondência no desejo sexual, são apenas algumas das fontes comuns de insatisfação sexual entre casais de várias idades. Porém, nos casais idosos esses fatores podem ser amplificados por raiva e ressentimento que podem ter sido acumulados ao longo dos anos, bem como por sentimentos de aprisionamento e resignação, se a opção de acabar o relacionamento não for viável. As influências normativas e não normativas, tais como, morte do cônjuge, perda do emprego ou de papéis sociais, deterioração de redes de apoio, problemas relacionados com finanças são acontecimentos que são experienciados entre os idosos e que influenciam direta ou indiretamente a sua sexualidade e intimidade. Estas mudanças na vida podem contribuir para dificultar as relações sexuais entre as pessoas mais velhas, aumentando assim a probabilidade de depressão ou ansiedade (Meston, 1997).

Porventura, devido à maior longevidade das mulheres e porque estas geralmente casam com homens mais velhos é provável que estas sobrevivam aos homens em média, sete a oito anos, estando assim mais propensas do que os homens a experienciar a morte do cônjuge na velhice, o que, consequentemente originará que passem os últimos anos de velhice sozinhas. Meston (1997), salienta ainda que muitas mulheres idosas relatam que se sentem sexualmente frustradas pela ausência de um parceiro sexual disponível. Embora a masturbação possa ser uma opção viável, as pessoas idosas poderão acreditar que não é natural ou mesmo saudável. A este propósito, Meston (1997), admite que a

educação e permissão a partir de um profissional de saúde pode ajudar a alterar tais preconceitos, promovendo, assim, maior bem-estar e qualidade de vida aos mais velhos.

DeLamater (2012) ao citarem Burgess (2004), Edwards e Booth (1994), referem que o bem-estar físico e psicológico resulta em parte da prática regular da sexualidade, assim como poderá contribuir para a diminuição de problemas de saúde físicos e mentais associados ao envelhecimento.

Ainda a este nível, Brody (2010, como citado por DeLamater, 2012) acrescenta que a prática das relações sexuais está associada a maior qualidade nos relacionamentos íntimos, com menores taxas de sintomas depressivos e melhoria da saúde cardiovascular.

Na opinião de Santos (2013), toda a conduta que parte de uma região erógena do corpo (boca, ânus, olhos, voz, pele) baseia-se numa fantasia que proporciona algum tipo de prazer reduzindo, assim, essa necessidade de prazer, obtendo uma redução de tensões. Portanto, quando olhamos para a sexualidade nesta perspetiva, poderemos confundi-la com animalidade caso se pense no resultado final como um alívio imediato de desejo.

Do mesmo modo, a presença do amor origina a criação de relacionamentos profundos com outro ser no qual a sexualidade pode ser vista através de um olhar, pelos gestos realizados, pelos contactos, pelo que se diz ou ouve, mas também através do contacto sexual.

Segundo Santos (2003), na velhice devido às alterações que ocorrem no organismo e às modificações significativas de papéis sociais, tais como perda de parentes e amigos, distanciamento das ocupações profissionais e aparecimento de patologias, os indivíduos acabam por sofrer diminuição do desempenho sexual, substituindo algumas pessoas as relações prazerosas por outras, nomeadamente para zonas corporais, talvez marcadas pelas primeiras experiências da vida, retornando ao prazer sentido através de outras formas erógenas. Desta forma e segundo o mesmo autor, a sexualidade na velhice assume-se de forma distinta de outrora, assumindo novas expressões, sendo o amor nas suas manifestações eróticas substituído por outras expressões, valorizando relação com o outro, no qual a ternura, o toque, a fantasia, a amizade, o desejo e sonhos são determinantes para o bem-estar dos mais velhos. Sonhar com o amor não tem limite de idade pois não se deixa de amar alguém somente porque se envelhece, mas sim os indivíduos idosos poderão reinventar essa nova forma de amar (Santos, 2003). O autor afirma que (...) *“o sexo e o amor na velhice mudam o carácter explosivo e exuberante da juventude, tornando a forma de ternura, do carinho, do toque subtil, da valorização da sensibilidade de pequenos gestos, respeitando as diferenças de suas manifestações no homem e na mulher”* (Santos, 2003, p. 85).

Na grande maioria dos casos não é a idade biológica ou cronológica que afeta a vida sexual, mas sim a idade psicológica e os preconceitos que advêm com a idade, tal coma menopausa na mulher e a andropausa no homem que são responsáveis pela passagem de uma fase ativa para uma outra inativa. Não obstante, importa salientar que na velhice a sexualidade assume um importante componente de bem-estar, todavia verifica-se uma grande variabilidade interindividual, nomeadamente no que concerne à orientação sexual. Desta forma, vários autores, principalmente na última década, têm-se debruçado sobre o tema da homossexualidade, pelo que nos parece pertinente abordar o tema para melhor compreender o envelhecimento e a sexualidade na velhice.

Neste sentido, Fredriksen-Goldsen e Muraco (2010), desenvolveram um estudo da revisão da literatura dos últimos 25 anos sobre envelhecimento e orientação sexual, que permite compreender o estado da arte relativamente ao estudo do envelhecimento nas comunidades de lésbicas, homossexuais e bissexuais (LGB). Na perspetiva dos autores, à medida que a população mundial envelhece também o número de pessoas idosas bissexuais, lésbicas e homossexuais vai aumentando, substancialmente. Verificou-se que a maioria das medidas de avaliação neste âmbito eram francamente realizadas tendo por base apenas probabilidades, contudo incorporavam a orientação sexual e o comportamento sexual da população adulta dos Estados Unidos da América. Os estudos sugerem que pelo menos 2% a 8% da população dos Estados Unidos da América seja constituída por LGB e sobretudo nos grandes centros urbanos verifica-se um aumento substancial, porém devido à insuficiente investigação nesta área não é possível apurar os números exatos de LGB. Os autores referem que para se compreender a vida dos indivíduos que se assumem como LGB é necessário estudá-los segundo uma perspetiva de curso de vida que incorpora as formas dinâmicas do envelhecimento humano, moldado pelo contexto social, cultural, significado e localização, bem como considerar o tempo e o lugar que afeta determinada geração (coorte).

A perspetiva de curso de vida considera a cultura, a política e os costumes da época em que esses adultos mais velhos viveram e tem em atenção os estigmas e preconceitos, que envolvem as relações de pessoas do mesmo sexo, sendo as mesmas, severamente estigmatizadas pela sociedade.

Elder (1994, como citado por Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010) argumenta que a interação dos tempos históricos, o momento, os eventos e papéis sociais, as vidas ligadas e a agência humana são aspetos centrais para a compreensão do envelhecimento e desenvolvimento humano. As diferenças de trajetórias de vida individuais podem ser refletidas pelos contextos sociais em que ocorrem e não obstante, os indivíduos de determinada coorte estão expostos a uma sociedade com condicionalismos e opções. Além disso, as restrições moldadas pelas sociedades conferem às comunidades de LGB estereótipos em torno da identidade, verificando-se falta de direitos jurídicos aos casais e indivíduos LGB. Consequentemente, estas restrições têm limitado as ações destes adultos mais velhos sobre a sua trajetória de vida, no entanto os resultados analisados mostram exemplos de manifestações de resiliência.

Estudos demonstram que o primeiro estudo sobre o envelhecimento LGB revela estereótipos negativos associados ao estado da saúde mental dos membros da comunidade LGB, consequência das restrições sociais em que viviam. Deste modo, homens idosos homossexuais e mulheres idosas lésbicas apresentavam-se deprimidos e sentiam-se sexualmente indesejáveis, com a presença de sentimentos negativos, os quais originavam o sentimento de “se ser velho” antes do tempo, exprimindo um envelhecimento precoce e inadaptação ao mesmo (Berger 1984; Berger & Kelly 1986; Brown *et al.*, 2001; Gray & Dressel 1985; Whitford 1997, como citado por Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Contrariamente aos estereótipos supra-citados, Fredriksen-Goldsen e Muraco (2010) ao apontarem para os resultados do estudo de Dorfman (1995), afirmam que se verifica que homens e mulheres idosas LGB apresentam um funcionamento psicossocial positivo, com sentimentos favoráveis sobre o

envelhecimento, aparência física e sexualidade. Referem ainda que os resultados do estudo de D'Augelli (2001), demonstraram que indivíduos idosos com orientação sexual para o mesmo sexo apresentaram menor sintomatologia depressiva, comparativamente a idosos heterossexuais e uma grande maioria de homossexuais e lésbicas avaliaram a sua saúde mental como excelente ou boa. Segundo a opinião de Fredriksen-Goldsen e Muraco (2010), a revisão da literatura no domínio verifica forte associação entre a identificação assumida de uma orientação sexual homossexual ou lésbica com níveis mais elevados de auto-estima e satisfação com a vida, assim como com o aumento de apoios disponíveis e maior incidência de ajuste positivo para com o processo de envelhecimento. Todavia, os autores indicam a discriminação como aspeto negativo que afeta não só a saúde mental dos indivíduos, mas também a forma como os indivíduos mais velhos da comunidade LGB procuram cuidados. Por conseguinte, estas pessoas relatam sentirem-se céticos quanto aos profissionais de saúde e relutantes em confiar num sistema que historicamente discrimina estas comunidades. Ainda a este nível, Deevey apurou que 80% das mulheres lésbicas tinham enfrentado discriminação como resultado da sua orientação sexual e 54% das mulheres tinham receio que a sua identidade lésbica fosse descoberta. Deste modo devido a experiências negativas do passado, idosos LGB afirmam sentir necessidade de serviços que integrem equipas com profissionais treinados e com formação adequada, para lidar de forma natural com a orientação sexual dos indivíduos que constituem comunidades de LGB, garantindo-se, assim, tratamentos adequados e formas de trato dignas. Os atos de discriminação contemporânea e histórica são o principal obstáculo ao acesso e utilização dos serviços de saúde e do social, serviços que são essenciais para os idosos.

Outros assuntos discutidos pela comunidade científica abarcam a vitalidade na velhice e a influência que a religião exerce sobre o modo como a sexualidade é vislumbrada na velhice. A partilha de conhecimentos com novas gerações proporciona aos indivíduos idosos a possibilidade de se manterem integrados na sociedade. No que concerne ao papel da religião Santos (2003), refere que a mesma assume um papel bastante contributivo para a desvalorização da sexualidade e do erotismo na velhice, sendo a sexualidade vista somente como necessária para procriar, mantendo-se a imagem de que os velhos deveriam envergonhar-se ou no mínimo, calarem-se. Consequentemente, os mais velhos acabam por se afastar e por pensar que são seres anormais, culpabilizando-se por ainda sentirem desejo sexual o que irá potenciar o desenvolvimento de sentimentos de culpa.

Mixão e Borges (2006) ao citarem Ballone (2002), referem que as limitações para o exercício da sexualidade estão mais fortemente ligadas a questões de foro psicológico e social, do que propriamente a limitações orgânicas. Dados empíricos revelam que as alterações na sexualidade têm origem psicogénica em cerca de 20% dos casos e somática noutros 20%, estando os restantes 60% relacionados a uma forte componente psicológica, factos que interferem na vida sexual da pessoa idosa.

De salientar, que a capacidade de amar não tem limite cronológico, são antes as limitações psicológicas que interferem na sexualidade dos mais velhos. Deste modo, é vantajoso que os mais velhos interiorizem que é a partir da redescoberta do sexo e do amor que eles reconquistam o seu lugar vital na sociedade e não a imagem criada e estereotipada de idosos ou velhos na etapa final da vida (Santos,

2001). Provavelmente, verifica-se que algumas pessoas apesar da idade continuam a ter desejo sexual verificando-se que outros creem que ter alguém com quem conversar, dar a mão, abraçar e beijar é suficientemente agradável. Certamente, alguns indivíduos encontram satisfação na partilha da vida quotidiana, com a família e amigos e também com novas experiências, denotando-se a presença de prazeres mais duradouros do que propriamente o sexo (Ramos & González, 1994). Deste modo, o desenvolvimento da sexualidade está presente durante todo o ciclo de vida, porém é vivido de forma diferente sofrendo influência das características genéticas de cada pessoa, assim como das interações ambientais e condições socioculturais. Ainda nesta linha de pensamento, Lopez e Fuertes (1999), referem que o homem ao viver em sociedade é influenciado pelas ideias, valores e circunstâncias da época, sendo a sua sexualidade diferente, consoante as diferentes etapas do desenvolvimento. Assim e corroborando a literatura, os mesmos autores salientam que a sexualidade na velhice depende mais de fatores psicossociais do que de fatores biológicos, embora apresentem um significado importante.

Por seu lado, Souza (2008), através do seu estudo sobre a sexualidade constatou que a população idosa estudada considerou as doenças e os medicamentos que utilizavam para tratamento das patologias como a maior causa de interferência nas suas relações afetivas. De salientar, que a terapêutica diversificada que a pessoa idosa ingere pode provocar reações no organismo, diminuindo assim o desejo sexual como efeito secundário. Por outro lado, o autor refere que deverá ser realizado um trabalho de conscientização e prevenção, quanto aos efeitos negativos do tabaco em relação ao desempenho sexual, sendo a informação a principal arma e somente ela pode promover a mudança de comportamento nas pessoas, pois a educação influencia a forma de agir de cada indivíduo. Também Gradim, Sousa e Lobo (2007), referem que os profissionais de saúde não têm como prática nas consultas que realizam questionar os mais velhos sobre as questões relacionadas com a sexualidade e a prática sexual. Esta ocorre principalmente porque a atenção à saúde é realizada segundo uma perspetiva centrada na queixa ou na doença. Segundo os mesmos autores também não é verificado na maioria das vezes se a terapêutica instituída interfere na prática sexual. Se se tiver apenas por base o senso comum, não será de surpreender que se considere que a prática sexual termine com o avançar da idade pelo que, os profissionais não questionam aspetos relacionados com a sexualidade. Assim, muitas vezes deixa-se de abordar o idoso sobre a sua sexualidade, o que não irá permitir a prevenção de patologias que se têm verificado nesta faixa etária, tal como a disfunção erétil, vaginismo, dispareunia, uso inadequado de certos medicamentos e a prevenção da síndrome da imunodeficiência adquirida humana, que tem aumentado na faixa etária de 60-69 anos.

No ponto de vista de Souza (2008), envelhecemos como vivemos e falar de sexo na velhice é falar de vida, talvez da sua mais importante fonte de motivação para pessoas de todas as idades. O estereótipo que persiste sobre a crença de que a idade e o declinar da atividade sexual estão unidos, favorece menor atenção a uma das atividades que mais contribuem para a qualidade de vida nos idosos, como é a sexualidade. Todavia, o autor refere ainda que a maioria das pessoas com idade avançada é capaz de ter relações e de sentir prazer, do mesmo modo que os jovens, o que nos poderá indicar que existem importantes variações individuais na vivência da sexualidade e intimidade ao longo da vida e que a

disfunção sexual nos mais velhos decorre de múltiplas causas, nomeadamente médicas, fisiológicas, psicológicas, medicamentosas, entre outras.

3.7. Sexualidade e Intimidade na velhice: Estereótipos e preconceitos da sociedade moderna

O lugar da sexualidade no processo de envelhecimento constitui um assunto particularmente contaminado por estigmas e preconceitos, pois a relação sexual tem sido vista nas sociedades modernas ocidentais como uma atividade monopolizada e centrada na sua grande maioria nos indivíduos jovens, com saúde, boa forma física e atraentes. A ideia de que os indivíduos mais velhos vivenciam a sua sexualidade, mantendo uma atividade sexual regular e satisfatória, é culturalmente mal aceite pela sociedade moderna (Cruz & Oliveira, 2002). Os autores referem que a emancipação oriunda da inserção feminina no mercado de trabalho, novas descobertas, explosão tecnológica e de comunicação e tantos outros avanços trouxeram repercussões substanciais nas relações entre homem e mulher. Todavia, homens mais velhos que são em menor número, devido à maior longevidade feminina, são valorizados pelas suas conquistas no plano social e económico, ao passo que as mulheres mais velhas mesmo tendo ascendido a idênticas condições socioeconómicas, ainda são avaliadas pelas perdas dos seus “encantos naturais”, como o brilho dos olhos, contorno do rosto, cabelo sedoso, elegância da forma do seu corpo, entre outros aspetos.

As mudanças consequentes da crescente presença do indivíduo idoso na sociedade exigem da mesma uma nova postura, observando-se, sobretudo no senso comum, uma visão limitada sobre a velhice. Deste modo, um dos aspetos relativos ao idoso mais negligenciado refere-se a sua sexualidade que, historicamente, esteve impregnada de mitos e preconceitos responsáveis pela construção de uma conceção negativa e pela negação da sexualidade na velhice.

Note-se que as sociedades atuais ainda valorizam o jovem e o belo e à medida que o corpo feminino envelhece e deixa de ser atrativo leva a mulher a criar um estigma em volta de si mesma com receio de ser ridicularizada acabando por se isolar e adotar uma postura discreta.

Socialmente, e no caso das pessoas idosas, a valorização dos estereótipos projeta sobre a velhice uma representação social negativa que contribui para a imagem que estes têm de si mesmos, bem como das condições e circunstâncias que envolvem a velhice, pela perturbação que causam, uma vez que negam o processo de desenvolvimento.

Na perspetiva de Cruz e Oliveira (2002), o imaginário masculino e feminino é cheio de conceitos e definições acerca do que é certo ou errado, normal ou anormal, aceitável ou condenável quando o assunto é sexo. Importa referir que existem fatores culturais, religiosos e familiares que influenciam o modo como determinadas sociedades e os seus integrantes entendem e praticam a sua sexualidade, principalmente os adolescentes.

Claramente, a educação castradora e tradicional verificada ao longo dos anos 50 e 60 atribuía ao sexo uma definição pecaminosa, sendo estas gerações educadas para respeitar a autoridade dos pais e o sexo

antes do casamento era inaceitável para as mulheres. A mulher por sua vez era educada para dividir as suas atenções com serviço doméstico, filhos e marido e, segundo Fraiman (1994), tanto homens como mulheres eram bastante desinformados sobre a sexualidade. Assim, a sexualidade dos mais velhos é condicionada pela educação repressora e pela associação existente entre sexualidade e procriação, pelo que perante a menopausa e a andropausa, a sexualidade perde a sua justificativa social.

Tendo em consideração a demografia mundial, denota-se que no que concerne à classificação por gênero, existem muitas especificidades. De acordo com Salgado (2002), no mundo em geral existe uma proporção maior de mulheres idosas do que de homens idosos, quando se considera a população total por sexo. Claramente, o excedente de mulheres idosas faz surgir dentro do segmento aspetos importantes a serem estudados. De acordo com o autor, o primeiro aspeto diz respeito à própria feminização da velhice. O facto da população idosa ser composta maioritariamente por mulheres, principalmente em idades mais avançadas, evidencia que estas possivelmente tiveram uma melhor qualidade de vida, o que não significa que gozarão de uma velhice com qualidade até ao fim da vida. As mulheres em geral sempre foram vítimas de preconceitos sexistas, sendo inferiorizadas em relação ao sexo oposto. Os homens quando viúvos geralmente voltam a ter relações íntimas e/ou casam novamente, ao passo que as mulheres geralmente optam por viver uma viuvez solitária e passam a apoiar a restante família nas responsabilidades pelos mais novos, sobretudo exercendo o papel ativo de avós.

A este propósito, Ballone (2002, como citado por Mixão & Borges, 2006), refere que apesar das pressões e constrangimentos culturais impostos pela sociedade, os indivíduos em idade avançada conservam a necessidade psico-fisiológica de manter uma atividade sexual. Segundo o autor, não existe idade limite que determine o fim da atividade sexual, dos pensamentos e dos desejos sexuais. Evidentemente, os estereótipos associados à velhice condicionam a vivência da sexualidade dos mais velhos, gerando estes em si mesmo sentimentos de culpa e de vergonha por manterem interesse sexual, sendo a sexualidade na velhice considerada por vezes como inapropriada, imoral e bizarra e a pessoa idosa discriminada sexualmente e reduzida à sua inutilidade. De acordo com o descrito anteriormente, torna-se necessário referir que o desenvolvimento das sociedades “alimentou” o surgimento de mitos, estigmas, tabus e preconceitos que foram sendo criados e recriados, possivelmente, pela forma como cada indivíduo se relacionou com a sua própria sexualidade, como adquiriu conhecimentos a respeito ou como foi construindo a sua própria identidade sexual. Observa-se, sobretudo no senso comum, que com uma visão limitada sobre a sexualidade e a velhice, a sociedade muitas vezes avalia essa etapa da vida, como um período de assexualidade e de renúncias, no qual a pessoa idosa deve reservar o seu tempo para desempenhar papéis sociais que são esperados para a idade, tais como, o papel de avó e avô, esquecendo-se das suas próprias vontades, desejos e direitos como ser humano no seu todo. Desta forma, a velhice ainda é considerada em parte como sinónimo de incapacidade física e mental e desta forma, económica e socialmente improdutivo. Torna-se necessário emergirem mudanças em toda estrutura social, nomeadamente na esfera familiar, no mercado de trabalho, nas políticas públicas, nas atividades sociais e recreativas, na educação, na saúde, entre outras. Portanto, velhos e velhice são uma

realidade das sociedades e cada vez em maior número, devido à longevidade humana, pelo que a presença crescente de idosos na sociedade altera valores e concepções de vida. Ressalva-se que o conceito social de velhice é construído, predominantemente pela contraposição à identidade do jovem e não é raro ouvir dos próprios idosos, principalmente daqueles com mais idade relatos que transmitem a insatisfação com sua condição atual, quando estes se reportam à condição de jovem com bastante saudosismo.

O estudo do envelhecimento constitui-se, assim, um desafio para os mais diferentes campos do conhecimento, sendo ainda necessário criarem-se avanços para que se consiga entender o fenómeno em toda sua complexidade, sendo necessário procurar uma nova compreensão da velhice, que aponte elementos como a valorização da vida, de forma a combater os estereótipos negativos associados aos velhos e à velhice, que muitas vezes condicionam a vida dos mais velhos, nomeadamente a sua sexualidade e intimidade.

Em síntese, a sexualidade deverá ser entendida não apenas a nível fisiológico, mas também deverá ser compreendida como um elemento que potencia sentido e significado da existência humana. Em nosso entender, a sexualidade deverá corresponder a uma função vital do ser humano na qual intervêm diversos fatores, nomeadamente biológicos, psicológicos, sociais e culturais transmitidos de geração em geração. Por conseguinte, as vivências sexuais são uma realidade da vida quotidiana, tanto para jovens como para idosos, envolvendo sentimentos e emoções, proporcionando satisfação física e mental. A sexualidade na velhice devido à sua complexidade necessita ser vista sob um novo olhar que não a limite apenas aos seus aspetos biológicos, uma vez que se trata de uma construção social. Torna-se necessário atender às necessidades impostas pela velhice e procurar integrar nos sistemas de saúde e sociais possibilidades de assistência integral à pessoa idosa, com vista à satisfação das necessidades sentidas, minimizando os mitos e preconceitos envolventes, que norteiam o comportamento dos idosos no que diz respeito às suas vivências sexuais.

4. Institucionalização e vivência da sexualidade e intimidade

O aumento da longevidade e dos aspetos a ela associados fazem do fenómeno do envelhecimento uma questão de estudo atual que merece uma análise e reflexão mais sistemática e aprofundada. Neste sentido, Figueiredo (2007), refere que o aumento da população idosa na sociedade é um fenómeno recente que resulta de alterações diversas, ao qual os países se estão a tentar adaptar. Estas alterações devem-se a vários fatores, tais como aumento da esperança média de vida, melhoria da saúde pública, melhoria das condições sociais e de nutrição e, por fim, os avanços da medicina preventiva e curativa que contribuem para uma diminuição da taxa de mortalidade e a melhoria das condições de vida. Deste modo e segundo Figueiredo (2007), a conquista do tempo é sem dúvida um dos maiores feitos da humanidade, mas também um dos maiores desafios futuros. Consequentemente, a atenção atribuída à problemática do envelhecimento tem crescido nos últimos anos, uma vez que a percentagem de idosos

face à população total ultrapassa já os 20% em vários países. Por conseguinte, é tempo de ajustar as respostas sociais à nova realidade com que nos confrontamos, contribuindo também com as políticas públicas para um exercício de cidadania mais responsável, assumindo-se os seguintes princípios políticos: (a) diferenciar as respostas de acordo com as condições particulares dos seus destinatários, de acordo com as circunstâncias próprias dos distintos territórios, no respeito pela equidade na distribuição dos recursos; (b) contratualizar as soluções assegurando que todos os intervenientes, cidadãos, famílias, instituições públicas e privadas são mobilizados e assumem compromissos nas intervenções de que façam parte e (c) desenvolver as capacidades das pessoas, das famílias, dos grupos e dos territórios. É urgente a criação de estratégias com vista à satisfação das necessidades das pessoas idosas, melhoria da sua autonomia e, conseqüente, aumento da qualidade de vida, bem-estar de forma a potencializar condições que favoreçam o envelhecimento ativo. Deste modo, a política de cuidados na velhice relaciona-se sem dúvida com determinados aspetos, nomeadamente com a questão social das pessoas idosas e com as alterações sociodemográficas, transformações na estrutura familiar e a individualização das relações sociais, centrada na autonomia e independência.

Certamente que as alterações visíveis potenciam a “*desproteção*” deste grupo social, sendo claro que se associam outros riscos para além dos referidos e entre eles apontamos a maior probabilidade de ocorrência de doenças crónicas e incapacitantes, o que conseqüentemente poderá desenvolver a necessidade da prestação de cuidados por terceiros. Na opinião de Carvalho (2009), os cuidados informais são muito importantes para a garantia do bem-estar dos indivíduos idosos, contribuindo para o envelhecimento no lugar, sendo este tipo de cuidados prestados por familiares, amigos, vizinhos, ou outros, desde que não remunerados.

Envelhecer, mas sobretudo envelhecer com qualidade de vida, torna-se um desafio para o suporte familiar, social e de saúde. Com o aumento da morbilidade, sucessão de perdas e diminuição do grau de autonomia, as pessoas tornam-se tendencialmente mais vulneráveis e mais dependentes da ajuda de terceiros necessitando a médio ou a longo prazo de cuidados de várias ordens. De entre os suportes existentes (familiar, social e de saúde), a família em Portugal apesar de todas as alterações analisadas assume-se como uma estrutura de grande importância na satisfação das necessidades dos idosos. Todavia, torna-se importante referir que se denota cada vez mais na atualidade, uma diminuição significativa no número de cuidadores informais disponíveis para a prestação de cuidados aos mais velhos. Os fatores associados a esta diminuição são de ordem diversa, contudo Carvalho (2009), aponta os baixos rendimentos económicos, baixo nível de escolaridade, reduzido acesso a informação facilitadora na comunidade e escassos níveis de participação social como os mais relevantes. Por conseguinte, torna-se necessário questionar de que forma a política de cuidados instituída no nosso país responde efetivamente às necessidades reais da população idosa e às necessidades sentidas pelos seus familiares. Para fazer frente a esta problemática a conceção de política de cuidados deve integrar a dimensão social, económica e política, implicando um processo de assistência a pessoas adultas e ou deficientes nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, necessárias à garantia do bem-estar, providenciadas quer por trabalho remunerado ou não remunerado, profissional ou não profissional,

podendo ser desenvolvidas a nível público ou privado (Daly & Lewis, 2000; Kroger, 2001; Johansson & Moss, 2004, como citado por Carvalho, 2009).

As políticas da velhice, que se desenvolveram com mais vigor após a instauração do sistema democrático em 1974 (em 1976 ficou consagrado o direito à Segurança Social e os indivíduos idosos foram contemplados nessas políticas), sugeriram a desvinculação com a conceção meramente assistencialista existente (forma institucionalizada de caridade) e sugeriram um novo conjunto de instrumentos e medidas que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida da população idosa (Fernandes, 1997). Passou-se de uma ação de assistência social para um sistema de proteção social e de políticas de ação social. Assim, institucionalizaram-se medidas de bem-estar dirigidas especificamente para os indivíduos idosos, para além de que a tradicional responsabilização da família pelos cuidados aos mais velhos também passou a ser transferida para a esfera institucional, através do alargamento da rede de instituições de apoio formal, no qual as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e outras organizações privadas assumem um papel preponderante, pois apresentam como principal objetivo proporcionar cuidados de modo a satisfazer as necessidades básicas das pessoas idosas. Deste modo, surgiram os cuidados formais que integram equipamentos sociais, tais como Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPI), Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Noite, Centros de Convívio, assim como equipamentos que permitem a reabilitação ou a manutenção da saúde de curto ou longo prazo, curativo ou paliativo (Carvalho, 2009).

Em consonância com o descrito e de acordo com o que tem vindo a ser afirmado ao longo deste capítulo, o envelhecimento enquanto processo, à analogia do que ocorre em outras fases do ciclo de vida, apresenta mudança e continuidade (Baltes, 1997), sendo que os acontecimentos de vida poderão assumir-se como centrais em todo este processo pelos desafios, exigências e potencialidades que colocam à própria pessoa (Baltes, Lindenberger & Standinger, 2006). Portanto, não nos parece possível compreender este processo altamente complexo e heterogéneo sem se realizar uma leitura contextualizada em termos ambientais, sociais, culturais e históricos. Deste modo, e considerando este contexto, a integração numa ERPI poderá ser uma alternativa, contudo pode constituir-se sem dúvida como um acontecimento de vida com potencial para exigir a mobilização de recursos intra e interpessoais e com fortes implicações para a qualidade da trajetória desenvolvimental em termos de (in)adaptação. Efetivamente, em Portugal a principal alternativa ao envelhecimento em casa é sem dúvida a integração em ERPI ou em famílias de acolhimento, apesar de o número de idosos institucionalizados corresponder claramente a uma minoria, aproximadamente 5% da população idosa portuguesa (Paul, 2012). Mesmo assim, as atuais estruturas existentes encontram-se muito próximas da sua capacidade máxima de resposta (Carta Social, 2012). Esta realidade, acompanhada do facto de a esmagadora maioria das ERPI integrarem a rede solidária (Carta Social, 2012) tutelada pelo Estado, tem-lhes conferido uma natureza estandardizada, quer no tipo e qualidade dos serviços que prestam, quer no modo de organização e funcionamento, independentemente das características, necessidades e especificidades das pessoas mais velhas a quem prestam serviços e das comunidade/contextos onde se inserem.

As causas para a institucionalização podem ser inúmeras e muitas vezes é a conjugação de vários fatores e não apenas de uma ou de duas causas apenas, que origina a escolha deste tipo de apoio social. Carvalho (2009), ressalva a importância das investigações realizadas no domínio que pontam como fatores mais evocados e que, conseqüentemente, conduzem à institucionalização a falta de condições socioeconômicas e financeiras, morte do cônjuge, perda ou degradação habitacional, dificuldade de organização laboral e familiar, falta de políticas públicas que visem apoiar os idosos e os seus familiares no cumprimento do seu papel, número reduzido de elementos na família que se responsabilizem pelo cuidado à pessoa idosa, inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar da pessoa idosa, cuidados executados por profissionais qualificados, uso de auxílios para andar, deficiências na rede de saúde informal, conflitos entre a pessoa idosa e os restantes elementos da família, solidão, isolamento, incapacidades motoras e cognitivas, deficitário convívio com outras pessoas e finalmente, a perda de emprego e de interesse existencial (Fragoso, 2008; Perlini, Leite & Furini, 2007; Thomas, 2005; Augusto & Simões, 2007; Thomas, 1993; Bazo, 1991; Levenson, 2001; Paúl, 2005; Guedes, 2008).

Outro facto a considerar na problemática do envelhecimento é o conceito de dependência que aparece indissociável do conceito de incapacidade, porém dependência não significa perda de autonomia, já que uma pessoa pode ser dependente mas ser autónoma, pois a dependência não está associada unicamente à situação biológica do indivíduo, uma vez que esta é também influenciada por condições psicológicas e sociais (Santos, 2013). Em concordância com o descrito também Pimentel (2001), refere que entre os motivos que levam as pessoas idosas a optar pela institucionalização se destaca a dependência, surgindo como principal fator, assim como a perda de autonomia, agravamento do estado de saúde e por último a ineficácia da sua rede de interações. São ainda apontados como fatores desencadeadores de institucionalização a conflitualidade nas relações familiares e a divergência de interesses.

Já Bazo (1991), aponta como principais motivos para a institucionalização os fatores de ordem pessoal e psicológicos, nomeadamente a presença de um tipo de personalidade dependente, e perdas ou limitações físicas, sociais e financeiras.

Santos (2013), ao citar Tobin e colaboradores (1976), refere que os autores chamam a atenção para a conjugação de três fatores na predisposição para a institucionalização: (1) progressiva deterioração física, (2) incapacidade ou indisponibilidade da rede social para assegurar os cuidados, e (3) inexistência ou limitação de serviços na comunidade que apoiem a vida em casa.

Parece-nos claro que com a institucionalização a pessoa idosa se submete a uma mudança muito significativa, sendo de referir as alterações que se verificam na rede de apoio, a mudança nas rotinas diárias e na independência de realizar atividades quotidianas, podendo por ventura estes aspetos potenciar receios e medos. Deste modo, sentimentos de abandono e tristeza poderão surgir, bem como sentimentos de insegurança muito devido à diminuição dos vínculos afetivos com a família e, conseqüentemente, o desencadear de sentimentos de perda face aos laços afetivos e à privação da liberdade (Carvalho, 2009), sentimentos de descontentamento e anulação da identidade, bem como

opostamente, agradecimento pelos cuidados recebidos (Santos, 2013). Sobre o assunto, Graeff (2008), refere que os primeiros tempos de institucionalização são marcados por um processo de ajustamento, durante o qual as ambiguidades e o estigma da nova condição são vividos em articulação com uma experiência de aprendizagem de novos padrões culturais. Fazer parte da cultura institucional, de uma maneira geral, significa compreender e incorporar um conjunto complexo e hierarquizado de formas de pensar e agir, que são articuladas ao próprio ritmo das relações estabelecidas em cada espaço social habitado. Cada pessoa é um ser único pelo que as histórias e experiências de vida irão contribuir certamente para a percepção da imagem que cada idoso cria sobre o local onde reside.

Denote-se que a integração numa ERPI obriga a mudanças no funcionamento individual na medida em que se torna necessário que a pessoa se adapte às normas de funcionamento, mediante o Regulamento Interno, o que consequentemente poderá promover o isolamento face ao mundo exterior devido aos horários mais ou menos rígidos, controlo sobre entradas e saídas, visitas, bens materiais, atividades socioculturais (que estão programadas e descritas em planos semanais) entre outros aspetos. Do mesmo modo, o funcionamento destes equipamentos sociais na sua generalidade podem limitar as pessoas na sua autonomia e condicionar a sua própria identidade e liberdade de escolha, uma vez que estão condicionados às normas existentes e previamente estabelecidas. Por outro lado, importa referir que o facto de se partilhar o espaço privado (quarto) e coletivo com dezenas de pessoas também poderá limitar a pessoa no exercício da sua identidade, pois viver mediante rotinas estabelecidas por terceiros e partilhar espaços com outros poderá causar danos psicológicos e emocionais caso não exista um programa de acolhimento inicial minuciosamente desenhado pelo quadro técnico.

Note-se que apesar destes equipamentos sociais proporcionarem condições aos mais velhos a nível da prestação de cuidados e bem-estar, é de ressaltar que residir numa ERPI não é o mesmo que residir no domicílio com a família (Santini, 2000; Ferreira, 2003; Bula & Mediondo, 2004). Neste sentido, importa referir que a vivência da sexualidade e intimidade em indivíduos institucionalizados poderá estar condicionada pelas regras de funcionamento instituídas, pelo que seguidamente serão apresentados alguns resultados de estudos científicos nesta matéria.

Mahieu e colaboradores (2011), constataram através dos seus estudos que a expressão sexual na velhice poderá ser uma questão particularmente problemática entre os mais velhos, principalmente para os que residem em ERPI, apontando como principal razão a diminuta formação ministrada aos colaboradores nesta temática. Os autores referem que poucos são os técnicos que incluem o funcionamento sexual da pessoa idosa como uma área de avaliação e de intervenção, verificando-se assim ausência generalizada de políticas formais ou orientações sobre este assunto nos equipamentos sociais que possuem esta resposta social de apoio.

Por seu lado, Aizenberg e colaboradores (2002), através do seu estudo constataram que a sexualidade é frequentemente negligenciada nos equipamentos sociais, verificando-se que poucas são as oportunidades fornecidas aos mais velhos para que possam expressar a sua sexualidade.

Na opinião de Mahieu e colaboradores (2011), na maioria dos casos os profissionais demonstraram dificuldade em lidar com as questões ligadas à sexualidade e intimidade na velhice o que,

consequentemente, poderá originar a não satisfação das necessidades sentidas pelos mais velhos podendo potenciar muitas vezes, a negação ou inibição da própria sexualidade, podendo esta falta de aceitação, parecer depender do tipo de comportamento.

Os resultados da investigação de Ehrenfeld e colaboradores (1999), revelam que quando o comportamento sexual da pessoa idosa é limitado a expressões de amor, cuidado e afeto, em resposta a equipa multidisciplinar do equipamento social tende a possuir para com os mesmos comportamentos de simpatia. Porém, comportamentos de natureza romântica por parte dos mais velhos promovem, segundo os autores, comportamentos de infantilização por parte dos colaboradores. Todavia, a maioria das situações problemáticas verificadas foram as que envolveram demonstrações de excitação sexual e desejo sexual por parte das pessoas mais velhas. Os colaboradores que participaram no estudo de Ehrenfeld e colaboradores (1999), raramente perceberam a expressão sexual dos mais velhos como sendo benéfica ou positiva. Todavia, quando os colaboradores percebiam efetivamente as expressões de sexualidade por parte de um residente, este passava a ser visto como um potencial elemento perturbador para o bom funcionamento e organização da resposta social. Torna-se necessário que os profissionais que laboram com a população idosa, nomeadamente da área da Saúde e do Social, tenham presente a possível existência de alterações sexuais nas pessoas idosas e por este motivo deverão questionar os mais velhos sobre a sexualidade e intimidade, pois frequentemente são muitas as questões que passam inadvertidas por parte dos profissionais. As pessoas idosas, por seu lado, apresentam atitudes envergonhadas que originam a não exposição de dúvidas neste campo, o que não favorece o desenvolvimento pessoal. A sexualidade e intimidade são elementos fundamentais ao longo da vida, e sobretudo na velhice, não podendo nesta fase da vida a sexualidade ser resumida apenas à ausência de disfunção ou doença sexual, mas sim está associada ao bem-estar físico, emocional, psicológico e social.

Todavia, estudos demonstram que a institucionalização também é assumida como mudança positiva na vida de muitos idosos, pois passam a ter segurança e apoio que de outro modo não teriam.

Na opinião de Magalhães (2012), para muitos, o pouco que ali têm é sempre muito quando comparado com o que tinham antes de integrarem uma instituição. As instituições especializadas no cuidado a idosos passaram a ser cada vez mais frequentes. Os antigos asilos ou hospícios (instituições que albergavam os indigentes, os mendigos e os velhos) passaram a ser designados de outro modo e a adquirir novas filosofias e características. No entanto e apesar de toda a evolução verificada neste âmbito, o simbolismo e a imagem negativa veiculada pelos asilos permanecem nos atuais Lares para a Terceira Idade ou Casas de Repouso, independentemente das denominações utilizadas, sendo designados atualmente de ERPI.

A satisfação das necessidades da pessoa idosa deverá ser a principal prioridade de qualquer equipa multidisciplinar, com vista à promoção do bem-estar, qualidade de vida, socialização, convívio e abertura à comunidade. Ressalva-se a importância do envolvimento e apoio familiar à pessoa idosa institucionalizada e à sua capacidade de cooperação para com a equipa multidisciplinar que constitui a ERPI. Apesar da pessoa mais velha se encontrar institucionalizada, a família não pode ser

desresponsabilizada e demitir-se do seu papel, pois é essencial a realização de um trabalho conjunto por parte de equipa e família com o intuito de garantir a qualidade de vida da pessoa idosa, de forma a não despertar sentimentos negativos, tais como abandono.

Em síntese, a institucionalização permite a garantia da prestação de cuidados e serviços essenciais à vida humana, por indisponibilidade da família e/ou carência social e económica, o que consequentemente previne o isolamento social.

Tal como descrito ao longo do capítulo, procuramos analisar os conceitos de sexualidade e intimidade, assim como as representações históricas, fatores que influenciam a vivência da sexualidade e intimidade na velhice, de ordem biológica e psicossocial. Para melhor compreensão do tema abordamos um pouco os estereótipos e preconceitos da sociedade moderna, assim como desenvolvemos uma análise da sexualidade e intimidade tendo por base uma leitura desenvolvimental do próprio envelhecimento biopsicossocial, ressaltando-se os contributos dos quadros teóricos de referência e, por último, realizamos uma abordagem à institucionalização e aos aspetos que consideramos positivos e negativos inerentes ao processo de adaptação com implicações para a vivência da sexualidade e intimidade em contexto institucional.

CAPÍTULO II - CONTEXTUALIZAÇÃO, OBJETIVO E MÉTODO

Contextualização do estudo

O presente estudo foi realizado numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPPS), localizada no núcleo urbano do concelho de Viana do Castelo, na resposta social ERPI. A instituição é representada pelo presidente de Direção e restantes membros que constituem a Direção.

Tal como acontece em todo o mundo, o fenómeno do envelhecimento das populações é uma realidade bem visível e a cidade de Viana do Castelo não é exceção pelo que ao longo dos tempos se tem questionado se as políticas sociais respondem às necessidades efetivas das pessoas idosas e dos seus familiares cuidadores. Dar e receber cuidados remete para uma necessidade que envolve um processo de socialização, proteção e prevenção dos riscos e promoção da autonomia e independência. Assim, face à problemática do envelhecimento tornou-se necessário dar respostas eficientes e eficazes, através da criação de estratégias com vista à satisfação das necessidades prementes das pessoas idosas, da melhoria da sua autonomia, do aumento da qualidade de vida e bem-estar e proporcionar condições que favoreçam o envelhecimento ativo, pelo que o nascimento de equipamentos sociais de apoio à população idosa está na base dessas mesmas estratégias.

A instituição em causa tem feito um esforço por trabalhar em sintonia com as diversas instituições da comunidade, que direta ou indiretamente prestam serviço à população alvo.

Para que exista um favorecimento ao envelhecimento ativo, à qualidade de vida e autonomia a instituição tem em consideração necessidades, potencialidades e expectativas dos clientes e desta forma, reúne objetivos mensuráveis tendo por base critérios de qualidade, dos quais se destacam: a) garantir qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada cliente; b) proporcionar ambiente calmo, confortável e humanizado; c) proporcionar serviços permanentes e adequados à pessoa idosa, em uma perspetiva biopsicossocial, tendo em vista a manutenção da sua autonomia e independência; d) contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; h) potenciar a integração social; i) criar condições que permitam preservar e incentivar a convivência social, através do relacionamento entre os idosos e destes com familiares e amigos, com o pessoal e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses; j) incentivar à participação dos familiares (ou familiar responsável) no apoio ao idoso; l) realizar atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas; m) prestar os serviços domésticos necessários ao bem-estar/conforto do idoso, nomeadamente higiene do ambiente, serviço de refeições e tratamento de roupa; n) fornecer alimentação equilibrada, variada e rica nutricionalmente, satisfazendo na medida, do possível hábitos e preferências alimentares e dar cumprimento a dietas especiais em caso de necessidade cumprindo as prescrições médicas e o) permitir a assistência religiosa, sempre que o idoso a solicite, ou na incapacidade deste a pedido dos seus familiares.

No que concerne à estrutura física, a instituição é constituída por três pisos. A ERPI esta dotada de uma área de acesso com elevadores e escadas; uma área de atendimento da qual faz parte receção e posto de segurança/secretaria; área de direção e administração, com um gabinete técnico, uma sala de

reuniões e uma instalação sanitária; área das instalações para o pessoal que integra uma sala de vigilante com instalação sanitária, vestiário (piso 0); área de convívio e atividades (duas salas de convívio e uma sala de atividades); área de refeições, provida com uma cozinha, uma copa de dietas, uma dispensa do dia, um armazém, uma sala de refeições; área de serviços (uma lavandaria, duas rouparias, duas zonas de sujos), área de cuidados de imagem (piso 0); área dos quartos (doze quartos duplos, quatro quartos individuais, quatro quartos triplos, todos eles dotados de instalação sanitária; área de serviços de saúde, que se integra num gabinete com instalação sanitária; área de serviços de apoio (duas copas de apoio), área de instalações sanitárias, existem duas instalações de banho assistido, uma instalação sanitária adaptada, uma instalação sanitária para homens e uma instalação sanitária para senhoras e por fim a área de preparação de refeições.

Do ponto de vista organizacional os serviços de apoio à gestão e logística, incluindo a secretaria/contabilidade e aprovisionamento e os serviços de apoio à prestação de cuidados que incluem a receção, portaria, lavandaria e cozinha são comuns a todas as respostas sociais e de saúde. No que concerne às normas de funcionamento, as mesmas estão descritas no Regulamento Interno da resposta social e devem ser cumpridas na íntegra.

Relativamente aos recursos humanos conta com um grupo de colaboradores especializados em diferentes áreas, nomeadamente: diretor técnico, coordenadora técnica, psicóloga, médico, enfermeira, nutricionista, psicomotricista, fisioterapeuta, técnica de animação, administrativas, rececionista, segurança, auxiliares de serviços gerais, encarregada de serviços gerais, auxiliares de ação direta, cozinheiras e auxiliares de cozinha. No que concerne ao rácio de colaboradores salienta-se que é em número suficiente e está de acordo com o exigido pelo protocolo de cooperação. Para além dos colaboradores referidos, a instituição conta com um grupo de voluntários em diversas áreas, que prestam apoio assim como de estagiários de diversas áreas.

Objetivo do estudo

O presente estudo procura compreender em profundidade o modo como a sexualidade e a intimidade é vivida e experienciada pelas pessoas idosas institucionalizadas em ERPI. Face ao objetivo optou-se por um estudo qualitativo, de tipo fenomenológico em que o investigador procura e aprofunda a compreensão dos fenómenos, as ações dos indivíduos, de grupos ou de organizações no seu próprio ambiente e contexto, num local e tempo específico (Creswell, 2009).

Método

Participantes

Participaram neste estudo nove pessoas, seis do género feminino e três do género masculino, com idades compreendidas entre os 68 e os 90 anos, institucionalizadas em ERPI, a residir na resposta social há mais de um ano e que se disponibilizaram para participar no estudo.

Maioritariamente, os participantes são viúvos, têm filhos, possuem quatro anos de escolaridade e exerceram no passado profissões indiferenciadas.

Globalmente, os participantes referem como principal motivo de ingresso na ERPI a indisponibilidade da família para a prestação de cuidados face ao aumento do grau de dependência.

Os critérios de inclusão definidos para a participação foram possuir 65 ou mais anos, estar institucionalizado em ERPI e reunir condições para serem entrevistados.

Instrumentos

Para a realização do presente estudo adotou-se como instrumento para a recolha de dados, a entrevista semi-estruturada. O guião de entrevista foi elaborado de acordo com o objetivo da investigação e integra questões de resposta aberta permitindo assim maior liberdade para explorar o fenómeno sob estudo, ou seja, para a compreensão das vivências/experiências da sexualidade e intimidade de idosos institucionalizados. De salientar que aquando da elaboração do guião de entrevista, foi necessário atender a alguns cuidados, nomeadamente na adequação da linguagem aos participantes, constituindo uma linguagem simples, clara e perceptível na formulação das questões, bem como, a extensão da entrevista.

Após a elaboração do guião da entrevista, procedeu-se à sua aplicação a pessoas idosas com características e condições similares ao grupo-alvo, a residir em ERPI, com carácter de ensaio, no sentido de explorar a sua adequação ao objetivo do estudo e às características dos participantes. A entrevista teste foi realizada em abril de 2016 e com base na análise efetuada procedeu-se aos ajustamentos necessários, chegando à sua versão final. Por motivos de natureza ética, a entrevista foi administrada por um investigador que não o autor, uma vez, que o estudo foi realizado na instituição, onde o autor faz parte da equipa da técnica.

Procedimentos de recolha e análise de dados

De acordo com o objetivo de estudo, foi utilizada uma metodologia qualitativa que permite estudar fenómenos em profundidade e em detalhe, conseguindo desta forma um tratamento holístico do fenómeno em estudo. Esta abordagem metodológica permite a descrição de temas particulares, num local e tempo específico (Creswell, 2013).

Tal como ocorreu com a entrevista teste, também por motivos éticos as entrevistas foram administrada por um investigador que não o autor do estudo, pelos motivos expostos previamente.

Numa primeira fase foi solicitada a autorização via e-mail para a realização do estudo junto do Presidente de Direção da Instituição e, uma vez obtida a resposta favorável, procedeu-se à divulgação do estudo junto das pessoas idosas que reuniam condições de participação, solicitando a sua colaboração voluntária.

As entrevistas foram realizadas na ERPI, em ambiente calmo e apropriado para a realização das mesmas, garantindo-se as condições de privacidade e segurança dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas em sistema áudio e posteriormente transcritas *verbatim*.

A análise de conteúdo das entrevistas foi sustentada na metodologia qualitativa, utilizando para tal o procedimento de análise de conteúdo proposto por Creswell (2013). O processo de análise dos dados que tem por finalidade dar um sentido a dados, texto ou imagem envolve preparar os dados para análise, conduzir diferentes análises, perceber profundamente os dados, representar os dados e interpretar o seu significado. Vários processos genéricos podem estar na proposta que transmite um sentido às atividades globais da análise qualitativa dos dados, como é possível observar no esquema que será seguidamente apresentado proposto por Creswell (2013).

Trata-se de um processo contínuo em que a análise dos dados qualitativos é normalmente conduzida em associação ou em paralelo com a recolha dos mesmos, fazendo interpretações e registando notas. A análise dos dados envolve uma recolha por tempo indeterminado, baseado em perguntas gerais, sendo o desenvolvimento da análise feito a partir das informações fornecida pelos participantes.

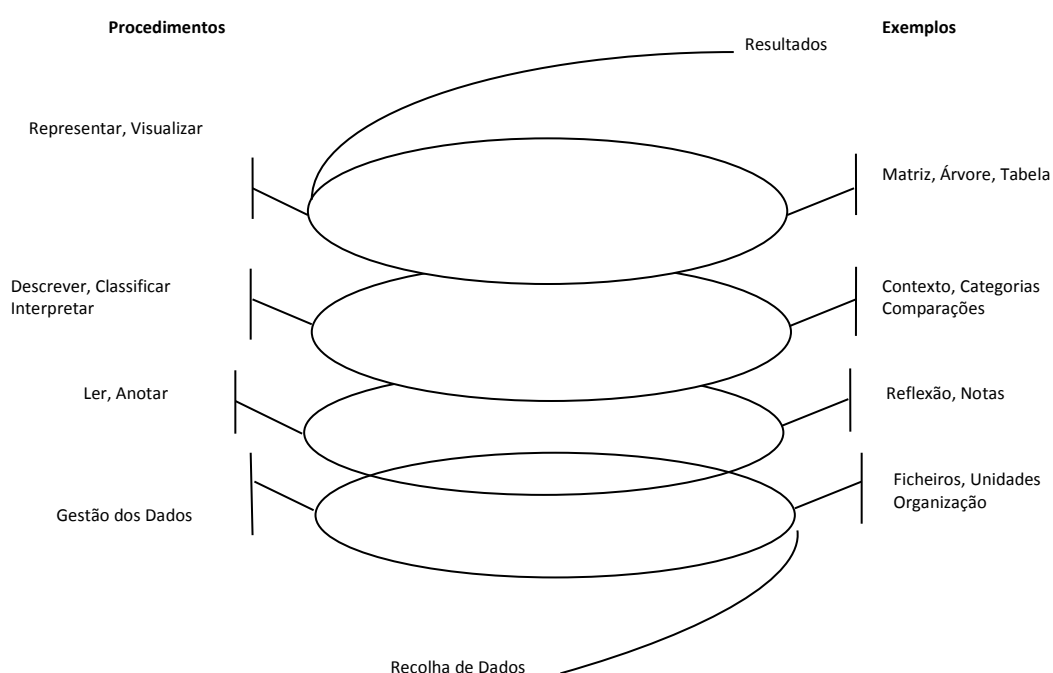


Figura 2. Espiral de análise de dados na investigação qualitativa (Adaptado de Creswell, 2013)

Como se pode observar na Figura 2, a análise de conteúdo contempla uma abordagem linear e hierárquica, produzida de baixo para cima, contudo deverá ser analisada de uma forma interativa. Os vários níveis estão inter-relacionados e nem sempre surgem ou emergem na sequência apresentada e são enfatizados em seis etapas:

1ª Etapa: *Organizar e preparar os dados para análise*, envolve a transcrição de entrevistas, digitalização de material, transcrição de notas, classificação e organização dos dados em diferentes tipos, dependendo das fontes de informação;

2ª Etapa: *Ler através dos dados*, o primeiro passo é obter uma ideia geral da informação e refletir sobre o seu significado global. É comum que os investigadores registem notas nas margens ou pensamentos gerais sobre os dados;

3ª Etapa: *Começar a codificar os dados*, codificar é o processo de organizar o material em partes ou segmentos de texto antes de pensar no significado da informação. Este aspeto envolve ter dados de texto ou figuras conseguidas durante a recolha de dados, segmentos de frases (ou parágrafos) ou imagens em categorias e rótulos de categorias com um termo, sendo este muitas vezes baseado na linguagem atual do participante (designado *in vivo term*). A operacionalização desta terceira etapa implica seguir um conjunto de procedimentos. Inicialmente, torna-se necessário ter uma noção do todo, ler cuidadosamente as transcrições das entrevistas e anotar as ideias tal como vão surgindo ao investigador. Seguidamente, implica escolher uma entrevista (e.g., a mais interessante, a mais pequena, a primeira da lista) e tentar perceber o significado da informação. Terminada esta tarefa, o investigador deve fazer uma lista com tópicos e os mesmos devem ser transformados em colunas. Seguidamente à criação das colunas, regressa-se novamente aos dados para se verificar se surgem novas **categorias** e códigos. Procura-se encontrar a melhor palavra para descrever os tópicos, regressando novamente às categorias. Nesta fase, tenta-se reduzir a lista de categorias, agrupando-as em **temas** que se relacionam entre si. Finalmente, reúnem-se os dados relativos a cada categoria para a realização de uma análise preliminar. Estas etapas colocam o investigador num processo sistemático de análise textual dos dados. Na maioria dos casos, no que se refere à codificação, o investigador (a) desenvolve apenas códigos à medida que surge informação recolhida dos participantes, (b) usa códigos predeterminados e depois ajusta os dados, ou (c) usa alguma combinação de códigos predeterminados e códigos emergentes. A abordagem tradicional nas ciências sociais é permitir que os códigos surjam durante a análise dos dados (abordagem indutiva), tendo sido esta a abordagem utilizado no nosso estudo. O processo de codificação pode ser realizado de forma manual ou com recurso a *software*.

Todavia, trata-se de um processo moroso e exigente no qual se consome bastante tempo. No presente estudo foi realizada a codificação com recurso ao Software NVivo10, recorrendo à utilização de ferramentas do *software* que ajudou na aceleração do processo de codificação;

4ª Etapa: *Usar o processo de codificação para gerar a descrição de definições*, esta fase envolve a interpretação da informação sobre pessoas, locais ou eventos. O investigador pode gerar códigos para a descrição. Esta análise é útil na conceção de uma descrição detalhada de um estudo de caso, entre outros. A codificação origina um pequeno número de categorias que são agrupadas em **domínios** tendo

em conta o grau de similaridade ou proximidade. Os domínios e respetivas categorias devem explicitar as múltiplas perspetivas dos indivíduos e serem suportados por diversas citações e evidências específicas;

5ª Etapa: *Representação dos domínios numa narrativa qualitativa*, a abordagem mais comum é usar estratos das entrevistas para apresentar/ilustrar os resultados da análise. Porém, também se pode recorrer a tabelas ou figuras como estratégia de condensação e organização da informação (como nos resultados de estudo de caso ou etnografia);

6ª Etapa: *Interpretação dos dados*, nesta fase investigador orienta-se pela questão “Quais foram as lições aprendidas?” para apreender a síntese das ideias. Estas lições podem ser a interpretação pessoal do investigador, escritas pelo entendimento que traz para a sua própria cultura, história e experiências. Isto pode também decorrer do significado da comparação de resultados com a informação recolhida na literatura científica no domínio. Desta forma, os resultados podem confirmar ou não as informações passadas, mas representam a leitura de investigador sobre os resultados obtidos.

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentação dos resultados

No presente capítulo são apresentados, numa primeira fase, os resultados decorrentes da análise de conteúdo às entrevistas e, posteriormente segue-se a sua análise e discussão, assente no quadro conceptual e empírico presente no enquadramento teórico.

Tabela 1. Tema, domínios e categorias de análise

Tema	Domínio	Categorias	Subcategorias	Frequência
Sexualidade e Intimidade na Velhice	Vivência da sexualidade e da intimidade	Vivência da sexualidade	Vivência da sexualidade antes da institucionalização	8
			Vivência da sexualidade depois da institucionalização	7
			Sentimentos face à vivência da sexualidade	5
		Vivência da intimidade	Vivência da intimidade antes da institucionalização	9
			Vivência da intimidade depois da institucionalização	6
			Motivos para a vivência da sexualidade	8
		Motivos	Motivos para a vivência da intimidade	8
			Constrangimentos à vivência da sexualidade e da intimidade	5
		Constrangimentos à vivência da sexualidade e da intimidade	Constrangimentos à vivência da sexualidade	5
			Constrangimentos à vivência da intimidade	2
			Estratégias pessoais	4
	Posicionamento face à intimidade e sexualidade na velhice	Manifestações do envelhecimento		5
		Efeitos geracionais		1
		Conceção de sexualidade e intimidade	Conceção da sexualidade	9
			Conceção de intimidade	5
		Posicionamento face à sexualidade na velhice		5
		Conselhos e orientações	Conselhos para a vivência da sexualidade na velhice	7
			Condições para a vivência da sexualidade na instituição	6
			Como construir uma relação íntima	6
		Perspetivas sociais sobre a sexualidade na velhice		2

A análise de conteúdo permitiu identificar a existência de um tema comum a todas as entrevistas - ***Sexualidade e Intimidade na Velhice***. Constatou-se que este tema foi perspectivado pelos participantes do estudo, quer em termos de experiências vividas, quer em termos de reflexões acerca destas que se consubstanciam em concepções, perspectivas e aprendizagens. Deste modo, parece-nos claro que as pessoas idosas se posicionam sobre a sua sexualidade e intimidade tendo por base, por um lado as experiências vividas no passado e no presente e, por outro lado a análise e reflexão delas decorrentes, ou seja projetam as suas reflexões sobre a sexualidade e intimidade ao longo da vida, sobretudo na velhice. Deste modo, o tema integra dois domínios: (1) *Vivência da sexualidade e da intimidade* e (2) *Posicionamento face à intimidade e sexualidade na velhice*. Como se pode verificar na Tabela 1 cada domínio é composto por um conjunto variável de categorias, algumas das quais agregam sub-categorias que passaremos a apresentar seguidamente, ilustrando com citações do discurso dos participantes para melhor compreensão.

Domínio *Vivência da sexualidade e da intimidade*

O domínio ***Vivência da sexualidade e da intimidade*** agrega toda a informação acerca do modo como a pessoa experienciou e vivenciou a sua sexualidade e intimidade ao longo da vida, considerando as experiências passadas e presentes. Este domínio integra sete categorias: (1) *Vivência da sexualidade*; (2) *Vivência da intimidade*; (3) *Motivos*; (4) *Constrangimentos à vivência da sexualidade e intimidade*; (5) *Estratégias pessoais* e (6) *Manifestações do envelhecimento* e (7) *Efeitos geracionais*, algumas das quais compostas por subcategorias dada a riqueza e diversidade da informação. Seguidamente serão apresentadas as categorias e respetivas subcategorias.

1) *Vivência da sexualidade*

A presente categoria refere-se à forma como os participantes vivenciaram e experienciaram a sexualidade ao longo da vida, incluindo na velhice. Trata-se por isso de uma categoria com uma natureza essencialmente experiencial, sendo que estas experiências assumem um carácter dicotómico, isto é, a vivência da sexualidade antes e depois da institucionalização. Neste sentido a categoria integra três subcategorias: *Vivência da sexualidade antes da institucionalização*, *Vivência da sexualidade depois da institucionalização* e *Sentimentos face à vivência da sexualidade*.

A subcategoria *Vivência da sexualidade antes da institucionalização* está relacionada com todo o tipo de informação relativa ao modo como a sexualidade foi vivida e experienciada até à integração na ERPI. Os participantes relataram experiências heterogéneas da sexualidade, sendo descrito nesta subcategoria as primeiras experiências sexuais, as experiências sexuais vividas durante a juventude e vida adulta, as práticas e valores associados. Assim, um dos aspetos que se evidencia são diferenças de género na vivência da sexualidade, pois as participantes do sexo feminino referem as primeiras experiências sexuais após o casamento, ao passo que os participantes do sexo masculino relatam várias experiências anteriores ao casamento.

“E uma pessoa com 18 anos, já precisava sexualmente, não é?”

(SI_06_JJ)

“Sim, nessa idade o que aparecesse à rede era peixe (...). Nessa idade não se olha só ao aspeto físico, tudo conta nessa idade há muita vontade de sexo (...).” (SI_01_JF)

“Só, só, quando casei!” (SI_03_D)

“Ai isso não havia, até ao casamento não!” (SI_02_J)

“Não senhor, só depois de casar!” (SI_10_RC)

É também possível verificar que a sexualidade para alguns participantes foi vivida como uma experiência positiva e prazerosa, sendo associada a momentos de grande felicidade e harmonia.

“Provei e gostei! Ai sempre bem, entendemo-nos sempre bem!”

“Ele gostava de mim e eu gostava dele e fazíamos tudo como devia ser, a gosto de cada um (...). Eu lembra-me muito o meu marido, deitávamo-nos muito e tudo o que a gente fazia (...).” (SI_02_J)

“Havia os carinhos e havia o sexo normal (...).” (SI_01_JF)

“Mas eram muitas posições e isso era muito normal! O meu homem dizia, estás sempre contente mulher, gosto de ti, goza minha queridinha, goza que eu gosto muito de te ver gozar, estás toda contente!” (SI_02_J)

“Graças a Deus nunca tivemos problemas um com o outro!” (SI_10_RC)

Por outro lado, constatou-se que há participantes que vivenciaram a sexualidade como algo negativo e traumatizante. Uma participante refere mesmo que a primeira experiência sexual na noite de núpcias foi algo horrendo, nas suas palavras foi um ato “animalesco”, sendo que esta experiência negativa marcou para toda a vida, pelo que nesta fase da vida a inexistência da sexualidade transmite-lhe paz e tranquilidade.

Através dos discursos dos participantes, principalmente das mulheres, constatou-se que para algumas pessoas a sexualidade tornou-se numa obrigação, que fazia parte integrante da relação conjugal sendo desprovida de prazer ou envolvimento.

“Mas ele não, ele foi à bruta (...) aí Jesus atirou-me para cima da cama, nem quero pensar (...).” (SI_03_D)

“Porque eu nunca tinha calor! Nunca tinha essa vontade! Nunca tinha nada pronto! Era mesmo sem querer (...) quando ele vinha há minha beira eu tinha medo! Eu nem gosto de falar nessas coisas que até me arrepiam! Para mim foi um sacrifício (...).” (SI_03_D)

Quanto à subcategoria *Vivência da sexualidade depois da institucionalização*, que integra informações relativas à vivência da sexualidade após a institucionalização em ERPI, constatou-se que apenas um participante assume que vive a sua sexualidade, mas fá-lo no exterior da instituição.

“Tento conquistar alguma coisa. Portanto, eu procuro ainda longe a longe, procuro na beira da estrada, na beira da rua, procuro fazer e explorar quanto mais que posso, pronto!” (...) Sim, saio, saio, agora aqui no lar não (...). Ainda tento, ainda tento”. (SI_01_JF)

Os restantes participantes referem não viver a sexualidade na velhice, comportando-se a maioria deles como seres assexuados. Todavia a inexistência da atividade sexual nesta etapa da vida não parece estar relacionada com o facto de os participantes estarem institucionalizados, uma vez que nenhum deles referiu durante as entrevistas esse o motivo, referindo como principal razão a perda do cônjuge. Importa ainda referir que alguns dos participantes que assumem que esta dimensão da sua vida já não existe, reconhecem que experienciam necessidades sexuais, mas que não as satisfazem por ausência de companheiro, ou por considerarem que tal seria inadequado ou condenado socialmente. Deste modo, constata-se que a vivência da sexualidade alterou-se significativamente na velhice, parecendo existir uma descontinuidade neste processo principalmente na última etapa da vida.

“Nada, não tenho nada, agora tou aqui não tenho nada (...).” (SI_02_J)

“Agora praticamente acabou (...). Não posso dizer isso, porque eu agora não tenho contacto sexual não é (...).” (SI-06-JJ)

“Eu não faço nada para a sexualidade (...).” (SI_04_D)

“Não dou! Essas coisas acabaram!” (SI_03_D)

Por fim, a última subcategoria que integra esta categoria – *Sentimentos face à vivência da sexualidade*, agrega informação relativa à dimensão emocional associada a estas experiências, quer no passado quer na atualidade. Assim, se para alguns participantes a vivência da sexualidade era geradora de sentimentos positivos, de prazer, realização, bem-estar, para outros era fonte de sentimentos negativos como medo, desagrado, insatisfação entre outros. No que se refere aos sentimentos vivenciados no presente, eles são também de natureza dicotómica, isto é, por um lado temos participantes que relatam saudade, tristeza e alguma nostalgia enquanto outros experienciam sentimentos de tranquilidade, alívio

e liberdade. É possível encontrar uma associação entre a tonalidade emocional e as experiências passadas relacionadas com a sexualidade. Assim, os participantes que vivenciaram a sexualidade de forma positiva relatam sentimentos de tonalidade positiva, já os participantes cuja sexualidade foi pautada por experiências negativas relatam sentimentos negativos passados e sentimentos de alívio.

“Tenho saudades, tenho saudades desse tempo (...) Às vezes tenho assim saudades do meu marido, saudades daquela meiguice que ele me fazia, ele era muito muito pronto meigo (...).” (SI_09_HR)

“Não, não, não, sentia sim era a falta da companhia dele, não era do sexo! Sentia a falta dele, da companhia dele, ele era muito boa pessoa.” (SI_10_RC)

“Para mim foi um sacrifício (...) Olhe, fala-me de outra conversa e esqueça essa! (...) Porque foi coisa que eu detestava muito, aquilo! (...) Eu nem gosto de falar nessas coisas, que até me arrepiam!” (SI_03_D)

2) Vivência da intimidade

A presente categoria refere-se ao modo como os participantes viveram e experienciaram a intimidade ao longo da vida. Através da análise dos relatos dos participantes foi possível perceber a existência de uma dicotomia, tal como ocorreu na categoria anterior, originando duas sub-categorias: *Vivência da intimidade antes da institucionalização* e *Vivência da intimidade depois da institucionalização*.

A primeira subcategoria agrega informação relativa às relações íntimas no passado, em particular na juventude, assim como a identificação de figuras íntimas e o papel/função dessas figuras na vida dos participantes. Assim, constata-se que as principais figuras íntimas dos participantes antes da integração em ERPI eram os cônjuges, seguidos de familiares e amigos. Os participantes referem que uma relação de intimidade tem obrigatoriamente de estar sustentada em sentimentos de confiança e amizade, verificando-se a existência de cumplicidade e companheirismo entre os elementos da relação.

“ Um casal tem que ter isso (...)”. Ele então agarrava-me, a gente dava-se bem (...) era aquela lamechice toda (...)”. E de maneira que a coisa já foi, foi assim e eu sempre o aturei, sempre o tratei bem porque era o homem da minha vida (...) e eu sempre o acarinhei.” (SI_04_D)

“Só a esposa.” (SI_05_AM)

“Eu só com a minha filha.” (SI_10_RC)

“Ai isso quando eu andei a estudar tinha as colegas da escola.” (SI_02_J)

Na subcategoria *Vivência da intimidade após a institucionalização*, os participantes apresentaram dificuldade em identificar figuras íntimas, sobretudo aqueles que não apontam os filhos como tais. Uma vez mais, os participantes referiram que só é possível a existência de relações íntimas quando há sentimento de carinho e confiança. São também apontadas tipo de relações que podem ser íntimas, como as relações filiais, assim como o que estas relações proporcionam aos participantes, nomeadamente sentimentos de amizade, valorização e bem-estar.

“Não, não, não tenho muito, a não ser a minha filha. Carinho, aquela rapariga gosta muito e obrigava-me, obrigava-me não, dava-lhe muito carinho. E assim, quando ela vem, ela abraça-me, beija-me e eu abraço-a a ela, beijo-a e assim (...). E eu digo, tu fecha-te e não contes nada de segredos. Os segredos na tua vida filha meus Deus, que só seja teu e meu! Somos só nós as duas, agora o resto foge (...).” (SI_03_D)

“Eu só com a minha filha.” (SI_10_RC)

“Com as minhas filhas e com as minhas cunhadas. As relações íntimas que tenho são com elas. (...) porque penso que as minhas filhas são muito minhas amigas.” (SI_09_HR)

“Aqui as amizades não são assim tantas como parecem, cada qual olha por si.” (SI_03_D)

Alguns participantes consideram íntimos certos colaboradores, pois referem que passam a maior parte do tempo com eles, confiando nos mesmos. Já outros participantes indicam possuir uma relação íntima com Deus e/ou outras figuras religiosas (ex. santos).

“Também estou a gostar e sinto-me bem, gosto de estar, mas a viver o dia-a-dia é com elas [colaboradoras].” (SI_09_HR)

“Sim tenho sim senhora! Gosto muito de falar com os santinhos e de ir à missa rezar a Deus! Tenho sim senhora, tenho uma relação com os santos! Ai peço ajuda ao Senhor! Peço a Deus e aos Santos!” (SI_10_RC)

De acordo com os relatos dos participantes parece-nos que, apesar das relações de intimidade poderem ser de diversa ordem, são necessárias para a manutenção do bem-estar, principalmente na velhice.

3) Motivos

Esta categoria refere-se às razões pelas quais os participantes vivenciam a intimidade e a sexualidade do modo que foi relatado, sendo que integra duas subcategorias: *Motivos para a vivência da sexualidade* e *Motivos para a vivência da intimidade*.

Na subcategoria *Motivos para a vivência da sexualidade* reúne-se toda a informação relativa aos motivos que conduzem os participantes a viver a sua sexualidade. Constatou-se que os motivos subjacentes ao tipo de vivência ao longo da vida são, uma vez mais, heterogêneos. O discurso dos participantes permitiu concluir que, à semelhança do que foi descrito nas anteriores categorias e subcategorias, há evidência de diferenças de género. Deste modo, os homens indicam que antes do casamento o principal motivo era a satisfação de necessidades sexuais, contudo após o casamento referem não ter necessidade de procurar outros pares, indicando o sentimento de amor como principal motivo para a vivência da sexualidade. Quanto às mulheres estas referem ter iniciado a sua sexualidade após o casamento, pelo que apontam como principal motivo a obrigação e normas sociais inerente ao casamento. Por outro lado, é também evidente o papel das normas sociais reguladoras dos papéis de género, dos valores sociais e religiosos e das práticas educativas parentais. Ou seja, no discurso dos participantes do género masculino percebe-se uma maior abertura à vivência da sexualidade por sentirem aceitação social para tal, ao passo que o discurso das participantes do género feminino evidencia a preocupação com o socialmente adequado ou previsto e o cumprimento de princípios e valores associados à “castidade” e obediência, o que claramente condicionou o modo como a sexualidade foi vivida.

“Depois de casar, acabou, por fora acabou, depois tinha a minha mulher.” (SI_01_JF)

“ (...) desde que me separei, que a culpa foi minha, que enfim... Não acho justo, mesmo que eu tivesse uma oportunidade que eu compararia a minha ex-mulher (...) mas mesmo comigo, eu desconfio que não tinha prazer nenhum percebe? E portanto é melhor ficar por aqui com a certeza de que passei por aqui fiz aquilo que pude e pra mim o resto acabou (...)” (SI_06_JJ)

“Nunca conheci outra mulher, porque é o caraças, para ganhar doenças (...). Nunca me apeteceu ir a outra.” (SI_05_AM)

“Olhe, quando uma pessoa se casa eu acho que é uma obrigação!” “(...) enfim, tinha que ser tinha que ser, mas era mesmo um martírio! Eu quando o via é como eu digo, eu fugia dele e ele era meu marido. E eu fugia dele a léguas, porquê? Porque foi coisa, que eu detestava muito, aquilo! Durante o casamento foi assim, porque ele não era um homem carinhoso, pelo menos para mim, nunca foi!” (SI_03_D)

“Não, sentia obrigação, sentia-me bem mas era uma coisa que tinha de fazer sei lá! Nunca fiz nada por fora!” (SI_10_RC)

“Eu sei lá, eu acho que quem casa tem que fazer amor, claro, ou então não casa! Claro que era obrigada a fazer, para que é que a gente se casou? Temos que fazer isso, claro, ou então não tinha casado! Quando casamos já sabemos que somos um do outro!” (SI_10_RC)

“No primeiro dia fiquei assim um bocado (...) mas depois não, era bom! Não vejo, não até porque eu já estou viúva há 40 e tal anos, o meu marido faleceu com 40 anos e eu tinha 35 anos com duas filhas, e o meu marido pediu-me para eu me casar com o irmão, mas eu não quis. Não, ele só me dizia que me amava e eu gostava muito dele!” (SI_09_HR)

Sendo o casamento o principal motivo para a vivência da sexualidade, parece-nos claro que a perda do cônjuge é o marco para o fim desta vivência, sendo indicado em quase todos os discursos a necessidade de manter o respeito pela memória do cônjuge. Deste modo, respeito significa ausência da vivência da sexualidade.

“Eu não, homem tive um e só um! Eu vivo muito bem assim! Sinto-me muito bem, muito bem, não preciso de sexo! Respeito o meu marido, porque ele também me respeitou a mim, e é a minha obrigação!” (SI_10_RC)

“Comigo não, o meu marido conhecia-me bem, por isso foi boa a experiência! E mais, guardamos sempre respeito um ao outro, Graças a Deus! Só foi pena ele falecer!” (SI_09_HR)

“Tinha saudades, mas olhar para outro, nem pensar, o homem da minha vida, foi aquele! (...) é só este e mais nenhum!” (SI_04_D)

A subcategoria *Motivos para a vivência da intimidade* agrega toda a informação relativa às causas ou razões subjacentes ao modo como a intimidade foi vivida.

Através da análise ao discurso dos participantes verifica-se que as relações de intimidade, uma vez mais, estão associadas à relação conjugal, aos sentimentos de confiança, respeito, carinho e lealdade. De salientar que se denotou a existência de relações íntimas com Deus e com outras figuras religiosas, como referido previamente.

“O carinho do meu marido dávamo-nos muito bem, não é e estávamos sempre juntos, respeitinho também, e ele dizia assim: ó mulher, nós nunca nos zangamos! E eu dizia homem nunca houve necessidade! E a vida não é para a gente se zangar.” (SI_09_HR)

“Era, era ele o mais próximo! “ (SI_04_D)

“Para mim já não dá, já não dá, se não puder confiar nela, não dá!” (SI_09_HR)

“A gente não pode contar a vida a ninguém. Se não é um leva e trás.”

SI_10_RC)

“A pessoa ter com quem conversar e ter respeito. A pessoa respeitar, a pessoa com educação é tudo.” (SI_07_P)

“Para mim, não é muito importante, porque estou sempre com medo que alguma palavra sair assim e já essa, fico a pensar! Ai ela já vai dar com a língua nos dentes, e tenho muito medo! (...) sabe que as pessoas são muito ingratas, são muito amigas pela frente, e por trás lixam a gente (...).” (SI_03_D)

“Sinto-me sim, sim, aliviada gosto de falar com Deus e com as alminhas e os santinhos!”
(SI_10_RC)

Em síntese, os motivos subjacentes ao tipo de vivência da sexualidade e da intimidade são muito heterogêneos entre os participantes. Porém, é possível identificar um predomínio que se prende essencialmente com a questão das relações conjugais. Por um lado, verificamos motivos positivos que originaram a vivência da sexualidade e intimidade com os pares e, por outro lado motivos negativos tal como a perda do cônjuge que travaram a vivência da sexualidade, principalmente na velhice e a perda de relações íntimas importantes. Importa referir que na atualidade todos os participantes referem possuir relações de intimidade, apesar de as mesmas não serem com o cônjuge, surgindo como figuras alternativas os filhos e/ou familiares e amigos ou até mesmo figuras divinas/religiosas.

4) Constrangimentos à vivência da sexualidade e da intimidade

Esta categoria incorpora todo o tipo de informação relativo a condições que condicionam a vivência da sexualidade e da intimidade, integrando duas subcategorias: *Constrangimentos à vivência da sexualidade* e *Constrangimentos à vivência da intimidade*.

Na primeira subcategoria os participantes, através dos seus relatos, referem vários constrangimentos que impedem a vivência da sexualidade, sendo os mais apontados: idade, fragilidade física, viuvez e ambiente institucional.

A idade é um fator determinante, sendo indicado como o principal constrangimento, uma vez que associada a esta encontram-se as limitações físicas que condicionam o desempenho sexual. Também a perda do cônjuge é um fator limitador.

“Sabe que a idade não perdoa, como se costuma a dizer, não é? Mas agora de gostar e se pudesse... a ideia é quase a mesma dos meus 30 ou menos, mas agora falta é a parte física, que é um problema.”(SI_01_JF)

“Pronto isto agora é assim, um gajo não tem muito para escolher não é com diferenças de idades, ele é um velho (...). Não há potência, como havia antigamente! (...) é fazer tudo, só menos com o pénis (....) ele falseia, falseia! (...) agora claro se for com uma velha não desperta nada, não é? Mais vale estar quieto!” (SI_01_JF)

“Desde que ele morreu a sexualidade morreu para mim! Normal, quer dizer não tenho porque não tive outro homem depois do meu morrer.” (SI_10_R C)

O ambiente institucional promove constrangimentos à vivência da sexualidade, uma vez que as normas internas de funcionamento da ERPI não possibilitam ao casal permanecer junto numa só cama. Neste sentido, há participantes que indicam este aspeto como castrador da sexualidade.

“Ah isso já se sabe a gente estando aqui está presa, são desconfiados, só vejo velhos, não há nenhum que se aproveite. O mal é dormirem um em cada cama (...). Olhe, já que eles se amam, se gostam, porque é que estão separados? Agora se eles tivessem os dois na mesma cama a dormir, aí é que podia haver mais qualquer coisa, claro!” (SI_02_J)

“Eu se estivesse em casa, é natural que já estivesse alguma lá, convivia mais com as pessoas, era natural de já ter arranjado alguma coisa, estou aqui vou lá converso, há aquele caso, coitado está no lar, às vezes isso pode prejudicar, se não estivesse no lar e estivesse em casa convivia mais com as pessoas (...) Assim, claro ela dorme, ele dorme, não há calor um para o outro nem nada! (...) se houvesse uma caminha de casal era bom era!” (SI_01_JF)

Quanto à subcategoria *Constrangimentos à vivência da intimidade* verifica-se que a informação está baseada essencialmente nas barreiras institucionais criadas pelo próprio funcionamento da resposta social. Os participantes referem a inexistência de tempo disponível para manterem conversas e interações que criem condições para as relações entre residentes ou entre residentes e colaboradores ou ainda com visitas evoluam para maior intimidade, além disso é também apontado a perda de confidentes e amigos.

“Ora isto aqui não dá para conversar (...). Aqui não, porque aqui não há tempo para isso! (...) portanto também não convívio muito (...), quem são senhoras já têm as colegas e os homens aqui também já (...) não sou um homem de conversas.”. (SI_01_JF)

“Há menos, vemos os amigos a morrer, vão desaparecendo pessoas com quem nos dávamos e começamos a ficar assim com gente mais nova que não nos conhecem e nós não conhecemos a eles e acabamos por ficar quase (...).” (SI_01_JF)

“ (...) pois começa a haver menos começa uma pessoa a ficar mais sozinha, as relações íntimas são boas para toda a gente!” (SI_01_JF)

Em suma verifica-se, através dos testemunhos apresentados, que as relações íntimas são importantes e necessárias em todas as etapas da vida, sobretudo na velhice. Efetivamente os participantes referem que a integração na ERPI condiciona a manutenção das relações de intimidade, sobretudo pela falta de tempo e oportunidade para se manterem diálogos e pela perda de elementos da sua rede relacional.

5) Estratégias pessoais

A categoria *Estratégias pessoais* integra informação sobre o modo como cada participante lidou com aspetos relacionados/decorrentes com a vivência da sexualidade e da intimidade, integrando dois tipos de informação distinta. Por um lado surge informação relativa a estratégias para gerir situações complexas como gravidezes indesejadas ou não planeadas, nomeadamente o recurso ao aborto assistido.

“De maneira que ficava grávida, fiz 20 abortos, 20! Quando me faltava a menstruação ia logo para análise e dando positivo ia logo para aborto, é que metia-se uma coisinha, como é que se chama aquilo...à espécie de um caninho. (...) Ia aos doutores, não é...era no doutor por isso é que corria sempre bem. (SI_02_J)

Por outro lado, esta categoria integra informação sobre o modo como cada participante lidou com a perda do cônjuge, e consequentemente com o fim da sua sexualidade. O amor aos filhos, a atividade profissional, as atividades lúdicas e a fé foram as estratégias pessoais mais mencionadas.

“(...) olhe Sr. José eu não estou interessada, eu tenho duas filhas e olhe eu estou habituada, não quero, não quero, não, nunca pensei em casar. Olhe fazia a minha vida, mas não me lembrava de coisa ... andava às vezes e às vezes as pessoas diziam porque é que você não se casa? Ai não queria, não estou preparada para um segundo matrimónio!” (SI_09_HR)

“Eu metia-me ao trabalho, pronto! Trabalhei muito! Era! Olhava para o croché, fazia croché para as minhas sobrinhas, fazia colchas, fazia tudo (...)” (SI_04_D)

“Eu não, Deus me livre, vivo bem sem sexualidade, eu penso é na alma do meu marido!
E rezo muito pela alminha dele, que era muito bom marido!” (SI_10_RC)

Através dos relatos dos participantes verifica-se que esta categoria apresenta modos muito próprios para ultrapassar a ausência da sexualidade. Não podemos deixar de referir que todos os participantes após a viuvez não retomaram a sua vida sexual, pelo que optaram por utilizar estratégias que lhes permitiam manterem-se ocupados e manterem o respeito pelos cônjuges.

6) Manifestações do envelhecimento

A categoria *Manifestações do envelhecimento* integra, de uma forma geral, a informação acerca do modo como as pessoas idosas percebem o envelhecimento nesta fase das suas vidas e como o envelhecimento alterou a vivência da própria sexualidade. Constatou-se que as limitações físicas do organismo (menopausa e andropausa) são apontadas como tendo implicações para a atividade sexual nesta etapa da vida, prevalecendo o desejo sexual até fases mais tardias da vida humana, principalmente no género masculino.

“Não há potência, como havia antigamente! (...) Mas agora de gostar e se pudesse... a ideia é quase a mesma dos meus 30 ou menos, mas agora falta é a parte física, que é um problema (...) Como eu acabei de dizer, de ideias tou como quando tinha 18 anos.”
(SI_01_JF)

“Para mim sou a mesma! Vejo-me ao espelho a cara é igual, com umas rugas mas não tenho muitas (...).” (SI_02_J)

“Você sabe perfeitamente que um homem chegando a uma certa altura também já nada mais pode fazer, porque aquilo não dá, não é porque já não gosta de nós.” (SI_03_D)

(...) Mesmo assim, mesmo assim, a partir dos 50 é que eu comecei a cair, já não era o mesmo!”(SI_01_JF)

A diminuição do desejo sexual feminino é questionado por alguns participantes que tentam perceber se efetivamente a diminuição do desejo sexual na mulher tem origem na ausência da menstruação.

“ (...) mas contra a vontade dela, não sei o que é mas as mulheres, não quer dizer que sejam todas, há uma certa idade que elas depois o corpo já não deixa...por aquilo que eu às vezes conversava com colegas e essa coisa toda e havia quem se queixasse que as mulheres depois de ter o período deixam de ter o apetite, não sei se é verdade ou é mentira!” (SI_01_JF)

Esta categoria permitiu abordar questões pertinentes para a compreensão da sexualidade humana, evidenciando que o envelhecimento físico do organismo afeta o desempenho sexual, contudo não diminui o desejo sexual por si só.

7) Efeitos Geracionais

Esta categoria integra todo o tipo de informação relativa às práticas educativas que foram transmitidas aos descendentes pelos participantes do estudo, sobretudo às filhas, sobre a vivência da sexualidade e da intimidade e do papel desta dimensão na vida e funcionamento humano.

“ (...) eu nem estava de olhos abertos, nem ensinei a minha filha, ela também foi como eu, tanto que ela não tem filhos! (...) Eu acho muito bem, quem tiver as filhas é guia-las, é dizer-lhes tudo (...) porque as pessoas têm que ser esclarecidas em criança e quando a menstruação, vem!” (SI_03_D)

Neste sentido, constatou-se que as participantes não possuíam informação/conhecimento sobre a sexualidade, previamente ao casamento, pelo que os seus testemunhos indicam ausência de conhecimento sobre as práticas sexuais, o que promoveu traumas e dificuldades, deixando marcas negativas para o resto da vida. Porém, apesar de reconhecerem que a posse desta informação é determinante para a preparação pré-nupcial, incorreram na mesma prática, não informando e educando os descendentes sobre este aspeto do comportamento humano, replicando assim a experiência pessoal. Importa referir que esta categoria é a menos frequentes.

Domínio *Posicionamento face à sexualidade e intimidade na velhice*

O domínio ***Posicionamento face à sexualidade e intimidade*** na velhice reúne informação acerca do modo como os participantes se posicionam sobre a sexualidade e intimidade tendo em conta as suas experiências e vivências nesta dimensão ao longo da vida, sendo que se trata de um domínio de natureza reflexiva, comparativamente ao domínio anterior, que assume uma natureza experiencial e comportamental. Este domínio integra quatro categorias: (1) *Conceção de sexualidade e intimidade*, (2) *Posicionamento face à sexualidade na velhice*, (3) *Conselhos e orientações* e (4) *Perspetivas sociais sobre a sexualidade na velhice*.

1) Conceção de sexualidade e intimidade

A presente categoria abarca todo o tipo de informação que permite a compreensão do modo como os participantes concebem a sexualidade e intimidade, a forma como exprimem a representação mental desses mesmos conceitos, permitindo a construção de uma definição à luz das suas representações. Assim, integra duas subcategorias: *Conceção de sexualidade* e *Conceção de intimidade*.

Na subcategoria *Conceção de sexualidade* os participantes definem o conceito a partir de uma componente valorativa positiva, diferenciando-o claramente do conceito de intimidade. Os testemunhos apontam como principais características da definição atração física, beleza, forma física do corpo, comunicação, modo de agir e de vestir. Constatou-se que, globalmente, a sexualidade está intimamente ligada a sentimentos e afetos, sendo afirmado pelos participantes que só faz sentido existir uma relação sexual quando estamos perante sentimentos de amor.

“Olho para a pessoa e vejo se ela é apetitosa, pronto, vem logo a ideia se ela é boa, se ela é jeitosa (...) Se pudesse fazer sexo com ela, a ideia vem logo! (...) Logo pela maneira da fala, pelos peitos, prontos pelo andar, corpo dela! A fala meiga, a maneira de ser, de atrair. (...) Sim a postura do corpo, dos peitos, não é, tudo isso atrai!” (SI_01_JF)

“(...) a gente agarra-se pela aquela loucura e aquilo é um prazer também, não é só o sexo!” (SI_01_JF)

“É o sexo! (...) É as pessoas se juntarem e se darem bem! (SI_09_HR)

“De fazer amor!” (SI_10_RC)

“A sexualidade tem muitas partes! A sexualidade é sobretudo para haver filhos (...). É o carinho!” (SI_04_D)

“Estamos a falar de amor!” (SI_05_AM)

“Desde que haja consentimento mútuo e desde que haja o mínimo de como é que ei-de dizer sentimentos, não tanto uma coisa fria! Vejo a sexualidade como o sexo entre duas pessoas (...).” (SI_06_JJ)

Na subcategoria *Conceção de Intimidade* os participantes revelam o que entendem ser a intimidade e o significado que lhe atribuem. Alguns participantes revelaram maior capacidade reflexiva, comparativamente a outros, contudo na grande maioria apresentaram dificuldade em operacionalizar uma definição, sendo pouco claros e objetivos. Todavia, ressalva-se que para este grupo de pessoas a intimidade inclui sentimentos de confiança, compreensão, amor, consideração, respeito e união.

“Não tem nada a ver com sexo. Bem é sermos sinceros, sermos mesmo amigos e depois começam a criar aquela relação de amizade, de consideração eu sei que ele tem consideração por mim e eu por ele e se fizer falta podemos contar sempre um com o

outro e aí nasce uma relação. (...) Que possa confiar, desabafar e sabe que fica ali.”
(SI_01_JF)

“Compreensão! (...) E educação! (...) quero é que me compreendam e saibam e não admito que me enganem nem que me tratem dessa maneira porque eu tenho 90 anos!”
(SI_02_J)

“Estar à vontade, tem que estar à vontade, ter cabeça livre.” (SI_09_HR)

“Confiança, tudo, é tudo! Eu tenho que ter amor!” (SI_05_AM)

“Da união entre duas pessoas (...). Em princípio era o amor e depois o carinho... era tudo em torno de uma pessoa. E depois é que virá a parte do sexo (...). Em primeiro lugar está o amor e o carinho ... sem isso não há nada e é isso e penso que será isso!” (SI_06_JJ)

Através da análise aos testemunhos apresentados verifica-se que os participantes distinguem claramente estes conceitos, apesar de assumirem maior dificuldade na definição de intimidade. Contudo constatamos que os participantes concebem a sexualidade e a intimidade como pautadas por sentimentos tão nobres como amor, carinho, confiança e amizade, pelo que estes aspetos poderão estar relacionados com características geracionais, sendo bem demarcados nesta categoria os valores morais e éticos.

2) Posicionamento face à sexualidade na velhice

A segunda categoria deste domínio agrega todo o tipo de informação que permite compreender a perceção da pessoa idosa face à sexualidade na velhice. As reflexões descritas permitiram verificar que as pessoas idosas concebem a sexualidade na velhice como natural e na continuidade das fases anteriores da vida adulta. Importa salientar, que apenas um participante assume uma posição negativa sobre a sexualidade na velhice, considerando imoral a sua vivência. Todavia é de referir que este participante ao longo da vida nunca experienciou e vivenciou a sua sexualidade de forma positiva.

“Lá por ter idade, ter os anos, a gente também apaixona-se! (...) A companhia é naquele ponto não é... há a ilusão, há a loucura do amor e a gente apaixona-se e há carinho e há aquilo que um gajo pode dar (...).” SI_01_JF

“De maneira que custa muito passar sem sexo. Custa, tenho saudades (...) Não tem nada de mal o desejo é o mesmo!” (SI_02_J)

“Para mim é, é até morrer! O envelhecimento não tem mudança nenhuma a gente tem que se habituar, pronto! Olhe, há pessoas que fazem sexo ainda com 80 anos.” (SI-05-AM)

“Claro que sim, cada um é livre de fazer o que quiser com a sua vida, independentemente da idade! Sim, acho positivo. As pessoas que ainda têm reação devem continuar a ter!” (SI_10_RC)

“Eu acho que a pessoa está fora do juízo. (...) Acho que é uma pessoa já fora da idade. Eu acho que as pessoas de idade, não sei se estou a dizer a verdade, não devem casar a segunda vez.” (SI_07_P)

Através da análise ao discurso dos participantes foi possível identificar que a grande maioria destas pessoas idosas percebe a sexualidade na velhice de uma forma positiva, pelo que há diversos testemunhos que consideram saudável e normal a vivência da sexualidade nesta etapa da vida. Não obstante, verifica-se uma opinião contraditória, pelo que este aspeto poderá indicar que experiências vividas no passado de forma positiva contribuem no presente para opiniões/posições favoráveis à vivência da sexualidade na velhice, ao passo que a inexistência dessas vivências influencia uma posição desfavorável sobre a vivência da sexualidade na velhice.

3) Conselhos e orientações

A categoria *Conselhos e orientações* integra toda a informação relativa aos conselhos e orientações dos participantes para a vivência da sexualidade e intimidade na velhice, sobretudo em ambiente institucional. Integra três subcategorias: (1) *Conselhos para a vivência da sexualidade na velhice*; (2) *Condições para a vivência da sexualidade na instituição* e (3) *Como construir uma relação íntima*.

Relativamente à subcategoria *Conselhos para a vivência da sexualidade na velhice* verificou-se a existência de consenso quanto à importância atribuída ao autocuidado, ou seja, é referenciado por todos que as pessoas devem manter o gosto por se arranjar, cuidarem e mimarem, preservando na medida, do possível, uma imagem agradável e cuidada. Por outro lado, constatou-se que os participantes do presente estudo consideram que as mudanças associadas ao processo de envelhecimento não são impeditivas da vivência da sexualidade na velhice.

“Eu acho que sim, não nos darmos ao desmazelo.” (SI_09_HR)

“Pois quando eu fui para a África, veio uma tia minha da América e ao fim de um ano o marido morreu e a minha mãe contava-me que a minha avó dizia: menina arranja-te, vai ao cinema, vai ao café, ainda pode ser que arranjes um homem que sejas feliz! E a minha

mãe também gostava que eu tivesse de ter organizado a minha vida, mas eu não quis!”
(SI_09_HR)

“Olhe menina vá até ao café, vá ao cinema, arranje um rapaz para fazer companhia, dar passeios e não e só gente adulta (....)”(SI_09_HR)

“O envelhecimento não tem mudança nenhuma a gente tem que se habituar, pronto!”
(SI_05_AM)

“Essas podem falar, as pessoas são estúpidas, tão estúpidas que deitam tudo para o mal! Com essa idade a pensar? Começam logo! Olhe, pois eu aturava com todo o prazer! Se fosse um homem da minha idade ou isso (...)”(SI_02_J)

“Eu não, eu acho que todas as pessoas, que enfim estão bem com os maridos e gostam, que aproveitem o tempo!” (SI_03_D)

A subcategoria *Condições para a vivência da sexualidade* na instituição refere-se a todo o tipo de informação relativa às condições necessárias, na perspetiva dos participantes, à vivência da sexualidade nas instituições. Através da análise ao discurso dos participantes verificou-se a referência à necessidade das instituições estarem preparadas para acolher casais, pelo que se torna necessário a existência de quartos duplos, que estejam dotados de camas de casal, pois as camas de solteiro, segundo os mesmos, condicionam a vivência da sexualidade e intimidade.

“(...) se houvesse uma caminha de casal, era bom era! Eles têm o quartinho deles, e no quartinho deles podem fazer o que quiserem.” (SI_03_D)

“Então se um casal estão unidos, se têm as mesmas ideias, estão muito bem é à vontade deles! (...) “Ai não, porque no quarto deles ninguém manda, há casais ai que têm um quartinho, um quartinho.” (SI_02_J)

“Aqui tem casais e eu acho que eles vivem da mesma maneira como em casa.” (SI_10_RC)

“É é, tem o quarto deles, fazem o que eles quiserem, é perfeitamente normal!”
(SI_06_JJ)

No que concerne à última subcategoria, *Como construir uma relação íntima*, esta incorpora informação que permite compreender quais os requisitos necessários para a construção de uma relação íntima. Deste modo, este é um processo reflexivo que remete para a descrição dos aspetos imprescindíveis para

a construção de uma relação de intimidade. De uma forma unânime todos os participantes identificam figuras íntimas, contudo denota-se uma certa seletividade na escolha das mesmas, constatando-se uma diminuta rede de relações íntimas, sendo esta essencialmente constituída pela família (filhas/os), amigos e figuras religiosas. Todos os participantes reconhecem a importância das relações íntimas para a garantia de bem-estar nesta etapa da vida, valorizando as relações de intimidade que mantiveram no passado com os cônjuges, já falecidos.

“Bem é sermos sinceros, sermos mesmo amigos e depois começam a criar aquela relação de amizade, de consideração eu sei que ele tem consideração por mim e eu por ele e se fizer falta podemos contar sempre um com o outro, e aí nasce uma relação.”

(SI_01_JF)

“Eu acho que só isso, amor, carinho e a pessoa gostar muito, muito muito e amar mesmo do coração (...) Eu acho que a pessoa tem que ser sincera!” (SI_03_D)

“Estar à vontade, tem que estar à vontade, ter cabeça livre (...) Mesmo para as pessoas que são íntimas é preciso um bocado de respeito (...) Sinceras, que não sejam mentirosas, que a gente julga que é verdade e não é!” (SI_09_HR)

“A gente fazer confiança naquela pessoa.” (SI_10_RC)

“Exatamente, exatamente, amizade, sinceridade, honestidade.” (SI-06-JJ)

De acordo com o descrito verifica-se que os participantes referem assumir que só é possível existir intimidade com alguém se as pessoas, efetivamente, se sentirem confortáveis em abordar qualquer assunto e sentirem-se seguras quanto à sua confidencialidade. Verificou-se que as relações íntimas que os participantes estabelecem com as figuras íntimas não estão relacionadas com relações de cariz sexual, sendo que em todas as relações íntimas que estabelecem, sejam com familiares ou amigos, o sentimento de confiança é uma constante, não existindo tabus nem sentimentos de vergonha em abordar assuntos de natureza mais íntima e pessoal com o outro.

4) Perspetivas sociais sobre a sexualidade na velhice

A presente categoria refere-se ao modo como as pessoas idosas consideram que a sociedade vê/perceciona a sexualidade e intimidade na velhice. Constatou-se claramente a existência de uma dificuldade por parte dos participantes em se distanciarem das suas representações mentais para refletirem sobre as representações sociais em termos mais globais. Na sua grande maioria, os participantes consideram que a sexualidade deve ser vivida mesmo na velhice, considerando essa vivência como uma parte integrante do desenvolvimento humano, apesar da grande maioria já não

evidenciar essa vivência, por diversas razões, nomeadamente perda do cônjuge e doença crónica. Não obstante, salientam que a sociedade em geral não vê com bons olhos a vivência da sexualidade pelos mais velhos, referindo a presença de estereótipos e preconceitos em volta desta temática, sendo considerado o “velho” como um ser assexuado e incapaz de construir e/ou manter relações de intimidade.

“É! E por vezes dizem palavras que ... às vezes mulheres.... De mulher para mulheres, ai tu ainda andas a fazer isto, aquilo e o outro (...)” (SI_04_D)

“Eu acho que sim, claro eu estou farta de dizer eu casava outra vez! Ai Jesus mulher, se eu casava com a tua idade! Dizem-me elas.” (SI_02_J).

Deste modo, na perspetiva dos participantes a deficitária informação e ausência de educação sexual poderá ser o foco para a criação desta imagem negativa da pessoa idosa, fomentando estes preconceitos, mitos, crenças e negação de atividade sexual por parte dos mais velhos. Neste sentido, alguns participantes referem que a sociedade por vezes verbaliza palavras ofensivas, apontam estas pessoas como doentes, dementes e sem faculdades mentais para a tomada de decisão a este nível.

Em síntese, através da análise de conteúdo às entrevistas, é possível compreender a vivência da sexualidade e da intimidade na velhice, sendo que frequentemente é ela caracterizada por contraponto às vivências tidas em outras etapas da vida adulta, nomeadamente a juventude. Claramente se percebe dois níveis discursivos, o nível experiencial muito próximo da vivência direta e o nível representacional decorrente da análise e reflexão. De destacar o lugar dos valores religiosos, morais, educativos na vivência da sexualidade e da intimidade ao longo da vida e em termos de papéis de género, assim como a existência de acontecimentos que funcionam como marcadores temporais deste processo, nomeadamente o casamento para as mulheres e a passagem à juventude nos homens. Por fim, igualmente relevante é o modo como os mais velhos perspetivam a vivência da sexualidade e intimidade na velhice, assumindo como natural e importante estas vivências neste período de vida mas reconhecendo limitações em termos sociais, culturais e organizacionais.

Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos resultados obtidos, este é o instante de analisar e interpretar os mesmos à luz do quadro conceptual e empírico estabelecido.

A presente discussão de resultados será organizada tendo em mente o objetivo de estudo, ou seja, a compreensão da forma como a sexualidade e a intimidade são vividas/experimentadas pelas pessoas idosas institucionalizadas. Devido à dimensão representacional que este tema envolve, optamos por estudar o fenómeno numa perspetiva qualitativa, valorizando as experiências e perspetivas das pessoas mais velhas sobre a sexualidade e intimidade na velhice em ambiente institucional, mantendo uma perspetiva de ciclo de vida.

A partir da análise de conteúdo das entrevistas emergiu um tema comum – *Sexualidade e intimidade na Velhice*, que remete para ao modo como os participantes vivenciaram a sexualidade e intimidade ao longo da sua vida, particularmente na velhice. Este tema agrega dois domínios: (1) *Vivência da sexualidade e da intimidade*; e, (2) *Posicionamento face à intimidade e sexualidade na velhice*. Neste sentido, o conteúdo das entrevistas é cruzado pelo posicionamento das pessoas mais velhas sobre a sexualidade e a intimidade decorrente, essencialmente, das suas experiências de vida e, deste modo, assente numa dimensão comportamental e experiencial. Por outro lado, é visível a presença de uma dimensão mais reflexiva e analítica, na qual os participantes do estudo exprimem as suas representações mentais sobre a vivência da sexualidade e intimidade na velhice, sobretudo em ERPI. No que concerne a este último aspeto, através do conteúdo das entrevistas, torna-se claro o modo como se posicionam face à conceptualização da sexualidade e intimidade nesta fase das suas vidas, os condicionalismos e os diversos fatores ou condições que, na sua perspetiva, sustentaram e/ou sustentam as vivências passadas e presentes dentro e fora da instituição, bem como o modo como o envelhecimento se articula com estas dimensões da vida humana, sexualidade e a intimidade, quer no sentido mais individual, quer no sentido mais social.

Importa salientar que, na generalidade, todos os participantes do estudo demonstraram uma capacidade abertura excecional para abordar o tema, relatando episódios da sua vida mais íntima, aspetos delicados e confidenciais, demonstrando uma capacidade surpreendente de exposição/partilha e reflexão. Ao nível do discurso percebe-se que, na grande maioria, os valores morais e religiosos são muito salientes na vivência e posicionamento face à sexualidade e intimidade, tendo-se verificado um discurso religioso fortemente catolicista, destacando o casamento como um importante marco associado ao início da vivência sexual, principalmente nas mulheres, podendo este aspeto estar relacionado com diferenças de género. Os participantes apontam a ausência de informação e de educação sexual como um fator importante para que a vivência da sexualidade e intimidade na velhice seja vista como inaceitável para a maioria das pessoas. Apesar de salientarem que este tema é pouco abordado na vida quotidiana até mesmo pelos próprios, os participantes demonstraram uma naturalidade e abertura francamente surpreendente, falando sobre o tema e as suas experiências sem

rodeios ou tabus, manifestaram a sua posição, embora alguns com uma maior capacidade de abstração do que outros.

Com base na informação relativa ao domínio *Vivência da sexualidade e intimidade* é possível constatar que estas vivências são dicotomizadas, no sentido em que claramente existe a percepção de um antes e um depois. Isto é, a vivência da sexualidade e da intimidade é diferenciada em função de dois períodos de vida, a juventude e parte da meia-idade e a velhice associada à institucionalização. Apesar desta dicotomia, o modo como a sexualidade e a intimidade foi e é vivida parecem constituir-se como um processo dinâmico e heterogéneo que se alterou ao longo do ciclo de vida.

Da análise dos resultados parece-nos pertinente salientar alguma variabilidade dos mesmos em função do género dos participantes, relatando os participantes do género masculino experiências sexuais na juventude, vida adulta e antes do casamento com várias parceiras, ao passo que as mulheres referem a vivência dessas experiências na vida adulta e somente após o casamento, assumindo-se este compromisso como um marco de viragem carregado de valores morais. Estes factos estão de acordo com a revisão da literatura, uma vez que as diferenças de género são explicadas como socialmente construídas (Negreiros, 2004). Sobre este assunto, Risman (2005), refere que no passado a mulher era desvalorizada, vivia sob a autoridade do pai até ao casamento e após o mesmo passava a obedecer ao seu marido, estando formatada para se dedicar apenas aos trabalhos domésticos, à reprodução dos seres e à criação dos filhos.

Constata-se que os participantes que apresentam uma vivência da sexualidade como positiva durante a juventude e vida adulta, na velhice concebem essa mesma vivência como normativa e saudável, ao passo que pessoas com experiências traumatizantes e negativas durante as etapas anteriores à velhice continuam a perspetivar negativamente a sexualidade. Assim e no seguimento do descrito anteriormente, refere-se que na grande maioria os participantes que no passado assumem a vivência da sexualidade como geradora de sentimentos positivos, de prazer, de realização e de bem-estar, no presente exprimem sentimentos de saudade, tristeza e nostalgia. Por outro lado, participantes que no passado referem que a vivência da sexualidade era promotora de sentimentos negativos, de medo, aversão e mesmo terror, no presente referem sentimentos de alívio, tranquilidade e liberdade. Neste sentido e segundo Ribeiro (2002), os papéis sociais que são atribuídos ao género feminino e masculino são importantes, pois é expectável determinados comportamentos em função do género, idade e a posição social. Deste modo, as influências culturais são determinantes pois a forma como as questões sexuais são colocadas e abordadas na infância e juventude tem influencia para o modo como é vivida, podendo a sexualidade ser associada a sentimentos de culpa, pecado ou contrariamente, assumida como necessária e natural. Deste modo, os valores culturais e educacionais incutidos vão influenciar o modo como cada pessoa irá viver a sua sexualidade a vida adulta e velhice. Importa também referir que os efeitos geracionais estão intimamente relacionados com a educação e com os valores morais incutidos de geração em geração e neste sentido também nos nossos resultados este aspeto emerge quando se assume a transmissão para a geração seguinte de posicionamento e valores relativamente à sexualidade. No que se refere à vivência da sexualidade depois da institucionalização, os resultados

obtidos parecem indicar que apenas um participante afirma continuar a viver a sua sexualidade, mas fora da instituição. Todavia, a inexistência da atividade sexual nesta etapa da vida, parece não estar relacionada com o facto das pessoas estarem institucionalizadas em ERPI, mas sim com outros fatores, nomeadamente com a perda do cônjuge e a presença de doença crónica. Importa salientar, que os participantes reconhecem ter necessidades sexuais, mas referem não as satisfazer por ausência de companheiro e porque socialmente é condenável. Neste sentido e segundo Cruz e Oliveira (2002), o sexo e a sexualidade são obstáculos para as várias sociedades, em função dos mitos, preconceitos e estigmas que intervêm nas relações sociais. Na perspetiva de Dantas (2002), o sexo na velhice traz satisfação física, reafirma a identidade e demonstra o quanto cada pessoa pode ser valiosa para outra, estimulando sensações de aconchego, afeto amor e carinho. E neste sentido, muitos dos nossos participantes reconhecem a importância da sexualidade nesta fase da vida, mas não encontram condições para a sua vivência, seja devido à ausência de um companheiro, ou a condições pessoais (limitações físicas/fisiológicas decorrentes do envelhecimento) ou contextuais.

Zimerman (2000), Ribeiro (2002), Almeida e Lourenço (2008) e Godinho, Sequeira e Pereira (2007), referem que dizer-se que a velhice é assexuada e que a pessoa idosa não tem vida sexual é um mito, manifestando uma carga de desrespeito da Sociedade para com o indivíduo idoso. Esta posição é também partilhada por alguns dos nossos participantes que claramente assumem que a Sociedade os vê como seres assexuados e que por isso condena uma vida sexualmente ativa na velhice. Desta forma, o contexto socio-histórico no qual os idosos se inseriram ao longo da vida, a própria história da vida sexual passada, poderão predizer a vivência da sexualidade na velhice (Sánchez & Ulacia, 1998).

Ao nível da vivência da sexualidade um outro aspeto a destacar são as razões apontadas pelos participantes. Assim, para os participantes do sexo masculino, os motivos apontados são sobretudo a satisfação das suas necessidades sexuais antes e depois do casamento, referindo não haver a procura de outros pares após o casamento, sendo ressaltado sentimentos de amor e carinho pelas suas esposas. Todavia, os participantes do sexo feminino referem que os principais motivos assentam sobretudo na obrigação implícita ao casamento e nas normas sociais. Contudo, quase todas as participantes referem ter tido experiências positivas, de prazer e felicidade. A este respeito, Meston (1997), afirma que os fatores psicológicos influenciam a sexualidade dos indivíduos jovens, mas também afetam igualmente homens e mulheres mais velhos, ressaltando a importância das relações interpessoais. A autora concluiu que o conflito conjugal, os desequilíbrios do relacionamento, os problemas de compromisso, a intimidade e problemas de comunicação, a falta de confiança, a falta de correspondência no desejo sexual, são apenas algumas das fontes comuns de insatisfação sexual entre casais de várias idades. Evidencia-se uma maior abertura à vivência da sexualidade pelos nossos participantes homens, por sentirem maior aceitação social, verificando-se que as mulheres demonstraram maior preocupação com o socialmente aceite. Deste modo, as mulheres acabaram por vivenciar a sua sexualidade de uma forma mais castradora, assente na preocupação em cumprir as normas e princípios sociais, assim como após a viuvez mantiveram a “castidade” e obediência aos maridos, condicionando o modo como viveram e experienciaram a sua sexualidade, nomeadamente na velhice. Na mesma linha destacamos os

resultados do estudo realizado por DeLamater e Sill (2005), que demonstram que o desejo sexual na vida adulta de homens e mulheres é influenciado pela idade, pela importância que o indivíduo atribui ao sexo e finalmente, pela existência de um parceiro, contudo os homens afirmaram que existe uma última influência indicando a educação.

Também a este respeito, Meston (1997), afirma que as influências normativas e não normativas, tais como a morte do cônjuge, perda do emprego ou de papéis sociais, deterioração de redes de apoio e problemas relacionados com finanças, são acontecimentos que quando experienciados pelos idosos influenciam direta ou indiretamente a sua sexualidade e intimidade. Porventura, devido à maior longevidade das mulheres e porque estas geralmente casam com homens mais velhos, é provável que as mulheres sobrevivam aos homens por uma média de sete a oito anos, estando assim mais propensas do que os homens a experimentar a morte do cônjuge na velhice, o que, conseqüentemente, originará que passem os últimos anos de vida sozinhas. Meston (1997), salienta ainda que muitas mulheres idosas relatam que se sentem sexualmente frustradas pela ausência de um parceiro sexual disponível e que embora a masturbação possa ser uma opção viável, as pessoas idosas poderão acreditar que não é natural ou mesmo saudável. Em concordância com o descrito, salienta-se que uma participante do estudo refere manter desejo sexual e vontade em assumir uma relação sexual, todavia devido ao preconceito existente em torno da sexualidade na velhice e por respeito aos filhos, opta por anular essa mesma vontade.

Na generalidade todos os participantes reconhecem a importância das relações de intimidade, quer no passado quer na atualidade, para a garantia e manutenção do bem-estar durante todo o ciclo vital. Neste contexto, a leitura de Bowlby (1969/1982), poderá ser muito útil para compreender o papel das relações íntimas no funcionamento intra e interindividual, uma vez que se constituem como fonte de segurança e proteção. Os participantes apontam como principais figuras de intimidade antes da institucionalização, na juventude, os amigos, na adultez os cônjuges e após a institucionalização indicam como principais figuras íntimas os filhos/as, familiares, amigos e figuras religiosas, tais como Deus e santos. Deste modo, as relações filiais são as mais apontadas, proporcionando sentimentos de amizade, valorização e bem-estar. É evidente que a emoção está claramente associada às relações de intimidade, pautadas por sentimentos de confiança, partilha, carinho e respeito. A maioria dos participantes reconhece o papel fundamental das relações íntimas e o valor das experiências de intimidade nas suas vidas atuais, essencialmente quando já perderam figuras de referência, ou papéis de vida relevantes e se veem progressivamente limitadas ou diferentes face ao passado. Importa salientar que as relações de intimidade não estão associadas às relações de cariz sexual ou a contacto físico, tendo os participantes claramente estabelecido uma diferenciação entre relações de intimidade e relações de natureza sexual. Os resultados obtidos no presente estudo vão no sentido do proposto por Cassidy (2001), que nos remete para a ideia de que a intimidade reflete, por um lado a capacidade de exposição e abertura ao outro e, por outro lado a necessidade de aceitação e tolerância relativamente ao outro, devendo assim a pessoa ser capaz de mostrar aspetos positivos e negativos do *self* ao outro, partilhando com o outro o que é mais pessoal, nomeadamente as suas imperfeições, tornando-o conhecido do outro, sem grandes

receios de juízos de valor ou de rejeição. A autora refere que o conhecimento íntimo compreende a partilha de tudo aquilo que de mais pessoal cada pessoa tem, confiando no outro como em si mesmo, partilhando o toque, as emoções, e comportamentos íntimos com vista à passagem de informação do próprio *self* ao outro. Deste modo, a intimidade desenvolve-se entre pares, numa relação de confiança mútua, em relação ao *self* e aos outros.

Verificou-se através da análise de resultados que a rede de relações íntimas dos participantes do estudo é limitada, sendo evidente que as relações sociais dos mais velhos se vão alterando, por um lado devido à mudança dos contextos (e.g. reforma, institucionalização) e por outro, devido à mudança de comportamentos e preferências individuais. Contrastando os resultados com a teoria da seletividade socioemocional (Carstensen, 1998), constata-se que esta diminuição parece não ser propriamente uma perda e, naturalmente, o contacto com pessoas emocionalmente próximas, particularmente familiares e amigos, parece relativamente estável, assim como o convívio social e o intercâmbio afetivo continuam a ser relevantes nos mais velhos. A evidente redução da rede de relações íntimas dos participantes do nosso estudo é sustentada pela literatura, pois de acordo com Carstensen (1998), existe uma explicação para a redução da rede de relações sociais na velhice e para a diminuição da participação social. Para a autora esta redução decorre do facto da pessoa idosa realizar uma redistribuição ativa dos seus recursos socioemocionais em virtude da mudança e segundo a sua perspetiva de tempo futuro, que é agora finita. Deste modo, as pessoas idosas ao perceberem que têm menos tempo de vida, procuram selecionar objetivos que têm em vista metas e formas de interação e regulação emocional, otimizando desta forma os recursos que dispõe, com vista a passarem mais tempo junto daquelas pessoas que realmente lhes são próximas. Assim, as pessoas idosas acabam por se envolver mais em relacionamentos que lhes proporcionam experiências emocionais significativas e gratificantes, revelando serem mais seletivos nos contactos sociais estabelecidos. Por conseguinte, para além da ajuda ser essencial para a sobrevivência, a existência de relações sociais significativas deverá ser considerada como um fator protetor da saúde mental dos indivíduos. Este aspeto poderá ser um dos principais motivos para considerarmos a importância dos fatores sociais ao longo da vida, sobretudo nas fases de vulnerabilidade como poderá ser considerada a velhice. Estes factos coadunam-se com a seleção intencional das relações mais íntimas e com o desinvestimento que os mais velhos fazem das relações que consideram superficiais. Os participantes do nosso estudo referem este processo quando reconhecem a necessidade das relações íntimas e apontam um número restrito de pessoas com quem mantêm este tipo de relações, encontrando nelas a gratificação e apoio que necessitam. Esta são também os motivos que levam os nossos participantes a construir relações íntimas, ou seja, a necessidade de se estabelecer relações íntimas decorre dos sentimentos de confiança, respeito, cumplicidade, lealdade e carinho que elas proporcionam. Estas relações de intimidade são determinantes para a manutenção e garantia do bem-estar das pessoas mais velhas. Corroborando os nossos resultados, Sullivan (1993), refere que a validação do valor próprio provém da relação íntima estabelecida, a qual fornece a oportunidade para continuar a descoberta da idiossincrasia de cada um, através do envolvimento mútuo. Deste modo, a capacidade para a intimidade é considerada como um

componente imprescindível para o ajustamento funcional, constituindo-se a relação íntima num valioso recurso, aquando do surgimento de “crises de vida”, tornando o ajustamento mais difícil na sua ausência. Ainda a este nível Pasini (1990), refere que a intimidade saudável entre duas pessoas deve estar assente numa forte autonomia individual, na qual aceder à intimidade deve significar por um lado, colocar-se no papel do outro e sempre sem perder a noção da sua própria identidade, por outro lado receber do outro, o seu próprio território íntimo, sem se sentir invadido.

Apesar da relevância da sexualidade e da intimidade reconhecida pelos participantes, os mesmos apontam constrangimentos a este nível, sendo os mais indicados a idade, as fragilidades físicas provocadas pelo processo de envelhecimento, a viuvez e o ambiente institucional. Do ponto de vista fisiológico, refere-se que as mudanças do organismo provocadas pelo processo de envelhecimento condicionam efetivamente a vivência da sexualidade nesta etapa da vida, nomeadamente a perda de “potência sexual”, a fraca resposta ao estímulo sexual e a idade como fator castrador da sexualidade. Não obstante, para se compreender a sexualidade dos indivíduos mais velhos, torna-se necessário considerar-se o comportamento sexual segundo múltiplas influências, nomeadamente culturais, religiosas e educacionais, uma vez que estes valores influenciam intensamente o desenvolvimento sexual, determinando o modo como cada indivíduo o irá viver e experienciar ao longo da vida. É expectável que com o envelhecimento surjam alterações fisiológicas que conduzem à degradação progressiva, estrutural e funcional de tecidos e órgãos. As diferenças biológicas e psicológicas entre homens e mulheres são muito pequenas, contudo apesar disso a sexualidade assume contornos e expressa-se de maneira muito diversa, dependendo do facto de se ter nascido homem ou mulher. Na opinião de Ramos e González (1994), o processo de envelhecimento sexual tem uma evolução lenta e contínua, constatando-se que as necessidades sexuais variam ao longo do ciclo vital. Os mesmos autores afirmam que a explosão hormonal que é própria da juventude vai diminuindo com a idade, porém não é extinta na sua totalidade, pelo que as mudanças fisiológicas que ocorrem nos mais velhos não têm de ser desculpa para a ausência de atividade sexual. Os autores referem também que com o envelhecimento se denota que o desejo sexual vai diminuindo, no entanto tal facto não se deve apenas às alterações hormonais, mas também a fatores psicológicos, sociais e à própria doença orgânica que acompanha as idades mais avançadas. Partilhando da mesma opinião, Mixão e Borges (2006), referem que com o envelhecimento ocorrem alterações físicas que podem ter impacto sobre o relacionamento sexual. Assim com o passar dos anos as mudanças na atividade sexual levam à redução da intensidade das diversas respostas ao estímulo erótico. Apesar de não justificar todas as mudanças que ocorrem, o envelhecimento fisiológico pode ser importante para entender, em parte, a diminuição da atividade sexual que surge nesta etapa da vida. Com o envelhecimento as mudanças fisiológicas e anatómicas afetam os indivíduos, embora com impacto distinto, dependendo de indivíduo para indivíduo. De acordo com os mesmos autores, verificam-se grandes diferenças individuais no que concerne à capacidade sexual, sendo importante referir que as mesmas são distintas de homem para mulher. Os nossos participantes referem efetivamente que as alterações de cariz fisiológico e orgânico influenciam o modo como viveram ou vivem a sua sexualidade, atribuindo a estas mudanças a principal causa para a

diminuição da vivência da sexualidade, sobretudo a partir dos 50 anos. Os relatos dos participantes masculinos indicam que a resposta ao estímulo sexual diminui a partir da meia-idade, considerando mesmo que na velhice o desempenho sexual está condicionado pelas limitações físicas decorrentes do envelhecimento do próprio organismo. Não obstante, os participantes salientam que o mesmo não se passa com o desejo sexual, pois este mantém-se até à velhice.

No que se refere aos constrangimentos ambientais, os resultados apontam para os aspetos de natureza funcional e organizacional da vida institucional. O facto dos quartos não estarem dotados de camas de casal é indicado por todos os participantes como principal aspeto limitador à vivência da sexualidade e intimidade. Todavia, nenhum participante refere que deixou de viver a sua sexualidade devido à institucionalização, mas sim devido à perda do cônjuge ou de doença crónica. Comparando os resultados com a investigação no domínio verifica-se que Mahieu e colaboradores (2011), constataram através dos seus estudos que a expressão sexual na velhice poderá ser uma questão particularmente problemática entre os mais velhos, principalmente para os que residem em ERPI, apontando como principal razão a diminuta formação ministrada aos colaboradores nesta temática. Os autores referem que poucos são os técnicos que incluem o funcionamento sexual da pessoa idosa como uma área de avaliação e de intervenção, verificando-se assim ausência generalizada de políticas formais ou orientações sobre este assunto nos equipamentos sociais que possuem esta resposta social. Por seu lado, Aizenberg e colaboradores (2002), através do seu estudo constataram que a sexualidade é frequentemente negligenciada nos equipamentos sociais, verificando-se que poucas são as oportunidades fornecidas aos mais velhos para que possam expressar a sua sexualidade. Nesta linha, não deixa de ser interessante a capacidade dos participantes em propor sugestões para a mudança institucional no sentido de potenciar a vivência da sexualidade. Assim verificou-se unanimidade de opiniões por parte dos participantes ao considerarem que se torna necessário alterar a dinâmica de funcionamento e organização das instituições, sobretudo no que se refere à necessidade de existirem quartos duplos preparados com camas de casal para acolherem casais de idosos, pois as camas de solteiro condicionam a vivência da sexualidade e intimidade dos mais velhos. Em consonância com o descrito, o envelhecimento enquanto processo, à analogia do que ocorre em outras fases do ciclo de vida, apresenta mudança e continuidade (Baltes, 1997), sendo que os acontecimentos de vida poderão assumir-se como centrais em todo este processo pelos desafios, exigências e potencialidades que colocam à própria pessoa (Baltes, Lindenberger & Standing, 2006). Note-se que apesar dos equipamentos sociais proporcionarem condições aos mais velhos a nível da prestação de cuidados e bem-estar, é de ressaltar que residir numa ERPI não é o mesmo que residir no domicílio com a família (Santini, 2000; Ferreira, 2003; Bula & Mediondo, 2004).

Mas o ambiente institucional não limita ou condiciona apenas a vivência da sexualidade, também da intimidade, uma vez que os resultados do estudo apontam para a existência de barreiras institucionais criadas pelo próprio funcionamento da resposta social. Em consonância com o descrito ao longo da discussão dos resultados, verifica-se que a rede de relações íntimas na velhice é cada vez mais restrita, pelo que emergem dos resultados apurados dois fatores determinantes que justificam esta diminuição.

Deste modo, os participantes indicaram a perda de confidentes e amigos na velhice (por óbito) e a falta de tempo para se manterem conversas entre residentes e colaboradores, o que limita a construção de relações de intimidade. Assim, parece-nos claro que com a institucionalização a pessoa idosa se submete a uma mudança muito significativa, destacando-se as alterações que se verificam na rede de apoio e a mudança nas rotinas diárias, que condicionam a vivência da intimidade.

Para os nossos participantes o conceito de sexualidade e de intimidade são claramente distintos. Assim, os participantes consideram a sexualidade como uma componente importante do ser humano, associada às relações sexuais, intimamente ligada a sentimentos e afetos, que se constitui fonte de prazer e bem-estar, enquanto forma de expressão pessoal, além da obtenção de prazer e fonte de gratificação e de amor. Por outro lado, definem o conceito a partir de uma componente de expressão física e de sedução, associada à atração física, beleza, forma física do corpo, de andar, comunicar, de agir e de vestir. Realizando um paralelismo com a literatura constata-se que os relatos dos nossos participantes estão de acordo com a definição proposta pela OMS (2001), na qual a sexualidade abrange vários aspetos fundamentais, referindo-se a procura de amor, contacto, ternura e intimidade, influenciando pensamentos, sentimentos, ações e interações, sendo este conceito definido como a energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, ou seja é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual, influenciando também a saúde física e mental. Segundo Santos (2013), a presença de amor origina a criação de relacionamentos profundos com outro ser no qual a sexualidade pode ser vista através do olhar, gestos, contactos, o que se diz ou ouve, mas também através do contacto sexual. Cruz e Oliveira (2002), por seu lado, referem que quando se pretende definir o que é o sexo se constata que este é sem dúvida um tema imensamente vasto, que inclui desde o facto de se estar com o outro a fazer carícias, beijos ou a fazer amor, até às diversas formas e expressões próprias da sexualidade. Os autores consideram ainda que o sexo e a sexualidade são obstáculos para as várias sociedades, em função dos mitos, preconceitos e estigmas, que intervêm nas relações sociais. Importa referir, que neste âmbito a sexualidade durante muito tempo ficou reduzida aos órgãos genitais e só após os trabalhos de Freud, este conceito se tornou mais abrangente incluindo a sexualidade não apenas o genital, mas também as atividades afetivas, as formas de sentir, de gostar, de amar, abrangendo, assim, todo o comportamento humano.

Note-se que os participantes apresentaram maior dificuldade em construir uma definição de intimidade, sendo as suas conceções menos estruturadas, sobressaindo contudo a noção de que as relações de intimidade não necessitam obrigatoriamente de uma relação sexual. A este nível é ressaltado a associação a sentimentos de confiança, consideração, respeito e união. Segundo a linha de pensamento de Cassidy (2001), a definição de intimidade deve contemplar a dimensão temporal, como parte constituinte de um processo multissistémico intra e interindividual. A leitura de Monteiro (2006), é coerente com os nossos resultados, pois o autor refere que a intimidade define-se como sendo a confiança estreita partilhada por duas pessoas, muitas vezes ligada a sentimentos, pensamentos e atitudes de carinho e implica estar em contacto direto com a nossa realidade e com a do outro, sem

julgamentos. No entanto, as condições e sentimentos que muitas vezes acompanham o envelhecimento podem condicionar a capacidade de uma pessoa para desenvolver e manter relações íntimas, podendo o envelhecimento modificar o modo como se exprime a intimidade nesta fase da vida. Finalmente importa referir que, segundo Ramos e González (1994), pode haver intimidade sem sexo e sexo sem intimidade, sendo o sexo uma manifestação física de intimidade e considerado importante por muitas pessoas idosas.

Os nossos resultados sugerem que as pessoas idosas concebem a sexualidade na velhice como natural e na continuidade das fases anteriores da vida adulta, contribuindo esta vivência para um envelhecimento saudável. A maioria dos participantes, de ambos os sexos, refere que apesar de não viverem a sexualidade na velhice consideram que mesmo institucionalizadas as pessoas idosas devem viver essas experiências, caso seja essa a sua vontade. Esta posição dos participantes contrasta com a visão que os mesmos têm relativamente à posição da Sociedade face à sexualidade e intimidade na velhice. Assim, os participantes salientam que a Sociedade não vê com bons olhos a vivência da sexualidade pelos mais velhos, referindo a presença de estereótipos e preconceitos em volta desta temática, sendo considerado o “velho” como um ser assexuado e incapaz de construir e/ou manter relações de intimidade. Também Cruz e Oliveira (2002), referem nesta linha de pensamento que a ideia de que os indivíduos mais velhos vivenciam a sua sexualidade, mantendo uma atividade sexual regular e satisfatória, é culturalmente mal aceite pela Sociedade moderna. Os autores chamam a atenção ao referirem que o imaginário masculino e feminino é cheio de conceitos e definições acerca do que é certo ou errado, normal ou anormal, aceitável ou condenável quando o assunto é sexo. Importa referir que existem fatores culturais, religiosos e familiares que influenciam o modo como determinadas sociedades e os seus integrantes entendem e praticam a sua sexualidade, principalmente os adolescentes. Claramente, a educação castradora e tradicional verificada ao longo dos anos 50 e 60 atribuía ao sexo uma natureza pecaminosa, sendo estas gerações educadas para respeitar a autoridade dos pais e o sexo antes do casamento era inaceitável para as mulheres. Ao cruzarmos estes dados com os nossos verifica-se que, efetivamente, os mesmos se encaixam nos resultados obtidos, pois os participantes do sexo feminino deram início à vivência da sua sexualidade somente após o casamento. Evidentemente, os estereótipos associados à velhice condicionam a vivência da sexualidade dos mais velhos, gerando estes em si mesmo sentimentos de culpa e de vergonha por manterem interesse sexual, sendo a sexualidade na velhice considerada por vezes como inapropriada, imoral e bizarra e a pessoa idosa discriminada sexualmente e reduzida à inutilidade.

Por fim, os nossos participantes avançam mesmo com orientações sobre como construir uma relação íntima. Assim, é salientada a importância da confiança, da partilha e da reciprocidade para que as relações se tornem íntimas. Uma vez mais sobressai a necessidade de existir sentimentos de confiança numa relação, tendo sido afirmado pelos participantes que só concebem a existência de intimidade com alguém se as pessoas, efetivamente, se sentirem confortáveis em abordar qualquer assunto e sentirem-se seguras quanto à sua confidencialidade. Estes resultados vão no sentido da posição da Cassidy (2001), que aponta as capacidades básicas para a construção de intimidade, o papel das relações íntimas no

funcionamento individual e as funções que cumprem.

Após terminada a discussão dos resultados importa destacar que os resultados obtidos permitiram compreender o modo como a sexualidade e intimidade é vivida pelos participantes, destacando-se claramente uma dimensão experiencial e uma dimensão reflexiva neste processo. A sexualidade e intimidade são domínios importantes ao longo do ciclo de vida, transformando-se à luz das mudanças pessoais, de aspetos culturais, históricos e ambientais da vida das pessoas. De salientar também a disponibilidade e abertura dos mais velhos para abordar este tema, narrando as suas experiências, sentimentos e pensamentos, evidenciando que este é um tema relevante para os mais velhos, que merece maior atenção e aprofundamento por aparte da investigação e da prática profissional no domínio.

Em síntese, a leitura realizada à sexualidade e intimidade na velhice deverá contemplar os aspetos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e educacionais, assim como as diferenças de género e toda a experiência de vida passada e presente que pode condicionar ou potenciar a vivência destas experiências pelos mais velhos.

CONCLUSÃO

O trabalho de investigação desenvolvido teve como objetivo compreender o modo com pessoas mais velhas institucionalizadas vivenciam e experienciam a sua sexualidade e intimidade, pelo que, tendo em conta os resultados obtidos, consideramos que o mesmo foi efetivamente alcançado. Assim, os resultados reunidos permitem clarificar e aprofundar a experiência de pessoas mais velhas a viver em ERPI em termos da sexualidade e intimidade na medida em que foi possível verificar que a sexualidade e a intimidade são reconhecidas pelos participantes como dimensões da vida humana, particularmente da vida adulta, que integram também a velhice. Os nossos participantes mostram capacidade de discriminação face à sexualidade e à intimidade, isto é, assumem que se trata de dimensões distintas apesar de relacionadas. No seu discurso é evidente uma componente experiencial, muito saliente, e uma componente reflexiva decorrente da primeira.

A escolha do tema de investigação pareceu-nos pertinente, uma vez que consideramos que estas vivências fazem parte do desenvolvimento humano e, dada a investigação no domínio ser diminuta e assente no modelo biomédico, constituiu-se um desafio e uma mais-valia para a prática profissional no domínio da gerontologia social. O estudo deste tema numa linha qualitativa pareceu-nos também relevante, uma vez que procuramos estudar o fenómeno sem a pretensão da generalização de resultados, mas de compreensão e aprofundamento do mesmo. Deste modo, foi possível valorizar e enfatizar a componente experiencial e representacional da vivência da sexualidade e intimidade na velhice, antes e após a institucionalização.

Pela complexidade do tema era expectável que os participantes pudessem não se sentir complementarmente à vontade para exprimirem as suas vivências passadas e presentes, contudo constatou-se precisamente o oposto, pois os participantes apresentaram uma capacidade de abertura e de reflexão surpreendente. Homens e mulheres relataram episódios da sua vida mais íntima, experiências vividas e, segundo os mesmos, praticamente nunca abordadas com outra pessoa, nem mesmo com amigos e/ou profissionais. Este aspeto relaciona-se com o contexto cultural e histórico da vida dos nossos participantes que cresceram numa sociedade restritiva, em que a curiosidade sobre a sexualidade era raramente reconhecida, sem uma prática de educação sexual, com grandes restrições comportamentais decorrente de valores educativos, religiosos e sociais. As questões da sexualidade foram abordadas pelos próprios sem tabus ou preconceitos, de uma forma natural e reflexiva, exprimindo as suas perceções sobre o modo como concebem a sexualidade e a intimidade na velhice, vincando, assim, a sua posição face ao tema e contrariando alguns dos estereótipos dominantes sobre este tema no âmbito da velhice.

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu identificar como tema central a *Sexualidade e Intimidade na Velhice*, ou seja, o modo como as pessoas idosas se posicionam sobre a sexualidade e intimidade que decorre essencialmente das suas experiências de vida, emergindo dois domínios estruturantes: (1) *Vivência da sexualidade e da Intimidade*, e (2) *Posicionamento face à intimidade e sexualidade na velhice*.

Tendo presente os resultados, constata-se a relevância dos papéis de género e da cultura na vivência da sexualidade e intimidade, destacando-se o casamento como um marco importante para o início da

vivência da sexualidade e intimidade, essencialmente para as mulheres. Os resultados obtidos evidenciam claramente a importância das práticas educativas, assim como os valores morais e a influência da religião, sobretudo católica, para o modo como se percebe a sexualidade e intimidade ao longo da vida, o que, consequentemente, influencia a sua vivência. Por outro lado, ficou claro que poucos foram os participantes que receberam informação sobre a sexualidade e intimidade antes do casamento, tendo-se verificado que os participantes do sexo feminino não receberam tal informação.

Ressalta-se que ficou espelhado que a vivência da sexualidade está ligada a afetos, pelo amor e carinho e as relações de intimidade estão assentes na confiança, amizade e respeito, sendo estes os ingredientes essenciais à construção de uma relação íntima. Constatou-se que o cônjuge assume-se como principal figura íntima e, após a sua morte, surgem os familiares, sobretudo os filhos, os amigos e algumas figuras religiosas. Foi possível identificar que alguns participantes possuem maior capacidade reflexiva para exprimirem as suas representações comparativamente a outros.

Um aspeto relevante, e algo surpreendente, é que a institucionalização por si mesma não foi considerada como constrangimento à vivência da sexualidade e da intimidade, uma vez que os resultados indicam a perda do cônjuge e a fragilidade geral do organismo como os fatores mais relevantes e limitadores destas vivências, tendo apenas um participante assumido viver a sua sexualidade nesta etapa da vida. Apesar desta situação, foram enunciados constrangimentos institucionais à vivência da sexualidade e da intimidade, nomeadamente aspetos da organização e funcionamento da ERPI, tais como mobiliário dos quartos.

Um outro aspeto que nos parece ser francamente importante está ligado à perceção sobre o modo como os idosos devem viver a sexualidade e intimidade na velhice. Os resultados obtidos revelam que os participantes do nosso estudo, na generalidade, consideram a vivência da sexualidade e intimidade como muito positiva e necessária em todas as etapas da vida, o que nos leva a pensar que os estereótipos negativos ligados a estas questões são fruto da visão negativa do envelhecimento, que assume este processo como sinónimo apenas de défice e perda.

Consideramos que os estudos sobre a sexualidade e intimidade na velhice são ainda escassos e essencialmente investigações numa perspetiva biológica e médica da sexualidade humana (DeLamater, 2012), sendo necessário desenvolverem-se investigações nesta área alicerçadas numa visão mais ampla e multidimensional, considerando não só os aspetos biológicos e fisiológicos, mas também sociais, culturais e educacionais.

Ao nível das limitações do estudo apontamos o recurso único à entrevista, na medida em que consideramos que a inclusão de outras fontes de informação, como registos de observação ou análise de documentos (ex., fotografias, cartas), permitiria uma maior aproximação ao fenómeno em estudo e a triangulação dos dados recolhidos. O recurso apenas à entrevista pode ter condicionado a qualidade dos dados recolhidos se tivermos em consideração que este tipo de instrumento requer que os participantes apresentem uma capacidade discursiva e, se possível, reflexiva que nem sempre esteve presente nos nossos participantes, muito provavelmente devido ao seu nível de literacia, entre outros fatores.

Apesar das limitações enunciadas, parece-nos que o nosso trabalho poderá representar um contributo importante para o avanço do conhecimento científico neste domínio. No entanto, parece-nos que investigações futuras poderão aprofundar as questões da sexualidade e intimidade na velhice de um modo mais alargado, com recursos a estudos de natureza quantitativa, sendo para tal relevante desenvolver instrumentos que permitam a avaliação deste fenómeno numa perspetiva multidimensional, sendo este um desafio efetivo. Parece-nos que uma das mais-valias deste estudo foi ter-se constituído como oportunidade para que aqueles que nele participaram pudessem ter a oportunidade de abordar uma temática que, como referiram muitos deles, nunca falaram com ninguém. Neste sentido, este estudo à semelhança de outros desta natureza constitui uma oportunidade de empoderamento dos mais velhos, na medida em que lhes reconhece e valia uma dimensão do seu funcionamento e da sua vida importante e que esteve durante décadas num domínio implícito e do “não falado”. A participação no estudo foi, para alguns participantes, uma experiência libertadora e profundamente reveladora, a possibilidade de narrar permite também a possibilidade de refletir e elaborar a partir da experiência, (re)construindo significados que são partilhados e por isso potenciadores de mudança e transformação.

Esperamos que este estudo contribua também para a mudança social, no sentido da construção de uma visão mais positiva sobre o envelhecimento humano, minimizando os estereótipos negativos e preconceitos sobre este processo em geral e sobre a sexualidade e a intimidade na velhice em particular. Parece-nos, tendo em conta os nossos resultados, necessário apostar na educação sexual nas várias franjas da população para que, deste modo, as pessoas possam perceber que o envelhecimento é um processo que ocorre durante todo o ciclo vital, e que a sexualidade e intimidade fazem parte do desenvolvimento humano, sendo natural e positivas as suas vivências e experiências, mesmo em fases mais tardias da vida, constituindo-se uma fonte de prazer, satisfação e bem-estar.

O Gerontólogo Social enquanto profissional multidisciplinar tem uma responsabilidade neste processo de educação da Sociedade, pois ao possuir uma visão macro do desenvolvimento humano e do envelhecimento poderá desenvolver recursos, estratégias e abordagens que sustentam esta mudança de postura e valores por um lado, e por outro que sustentam o desenvolvimento pessoal das pessoas à medida que envelhecem também na dimensão da sexualidade e da intimidade. Neste contexto, parece-nos que este profissional constitui uma mais-valia para organizações e comunidades em geral, pelos conhecimentos biopsicossociais que possui do processo de envelhecimento humano, podendo ser um forte aliado na formação e educação sexual, assim como na avaliação, planeamento e intervenção.

Por outro lado, parece-nos que os profissionais dos equipamentos sociais que acolhem pessoas idosas, quer sejam auxiliares de ação direta ou outros, com formação superior nas ciências sociais, do comportamento e da saúde, nem sempre estão preparados para lidarem com as questões da sexualidade e intimidade, sendo necessário investir em programas de formação que colmatem estas lacunas. Assim, os programas de formação superior destes profissionais deveriam contemplar estas áreas no processo de educação/formação. Tal obriga a que os cursos superiores sejam reformulados e incluam nos seus planos curriculares conteúdos e conhecimentos teóricos e práticos que dotem o futuro

profissional de ferramentas essenciais que contribuirão para a melhoria da sua prática profissional, mas principalmente para o modo como os mais velhos vivenciam a sexualidade e intimidade, assim como contribuir para a construção de uma imagem positiva da sexualidade e intimidade ao longo da vida e sobretudo na velhice.

Em síntese, tratar da sexualidade e da intimidade na velhice é tratar de um tema efervescente ao qual novas descobertas se acrescentam a cada novo dia, muito embora ainda se encontre cercado de tanto preconceito, seja por parte dos mais jovens, dos próprios idosos e de muitos profissionais, inclusive daqueles que atuam na área da Gerontologia Social.

A grelha de leitura dos resultados obtidos permite-nos aferir que a vivência da sexualidade e intimidade não se resume apenas e somente ao ato sexual em si, mas também agrega sentimentos como o amor, carinho, companheirismo e confiança, destacando-se a importância dos afetos na regulação emocional.

Ao admitirmos que o envelhecimento não é uma fase só de perdas, mas também de ganhos, como por exemplo a construção de uma visão mais ampla e global da existência, podemos transpor essa possibilidade evolutiva para a sexualidade e intimidade, reconhecendo que o prazer trazido pelo contacto físico e afetivo com um parceiro pode ser maior e mais completo, uma vez que a passagem do tempo favorece o autoconhecimento e o conhecimento mais profundo do outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M. D. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. *Determinants of infant behavior*, 2, 67-112.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development: 'Socialisation' as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 227-270). London: Cambridge Academic Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Aizenberg, D., Weizman, A., & Barak, Y. (2002). Attitudes toward sexuality among nursing home residents. *Sexuality and Disability*, 20 (3), 185-189.
- Allen, J., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 319-335). New York: Guilford Press.
- Anderson, P. (1998). *Sexuality and senior olympians*. Electronic Journal of Human Sexuality, 1 Oct. 19.
- Antonucci, T., & Jackson, J. (1987). Social support, interpersonal efficacy, and health: a life course perspective. In L. Carstensen & B. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 291-311). New York: Pergamon Press.
- Baltes, M. M., & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: the impact of resources. *Psychology and aging*, 12 (3), 433.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 661-626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52 (4), 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. (2001). *The Berlin aging study: aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young-old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*, (pp. 1029-1043). New York: Wiley.

- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual review of psychology*, 50, 471-507.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bazo, M. T. (1991). Institucionalización de Personas Ancianas: un reto sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, 123-131.
- Bearon, L. B. (1996). Successful aging: What does the "good life" look like. In *The Forum* (Vol. 3, pp. 1-7).
- Birman, J. (2002). *Feminilidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Black, J. M., Matassarin-Jacobs, E., & de Araújo Cosendey, C. H. (1996). *Luckmann & Sorensen enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books.
- Bowlby, J., & Ainsworth, M. (2013). *The origins of attachment theory. Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*. New York: Basic Books.
- Bretherton, I. & Munholland, K. (1999). Internal working models in attachment relationships: a construct revisited. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp. 89-111). New York: The Guilford Press.
- Bretschneider, J. G., & McCoy, N. L. (1988). Sexual interest and behavior in healthy 80-to 102-year-olds. *Archives of sexual behavior*, 17 (2), 109-129.
- Butler, R. N., & Lewis, M. I. (1993). *Love and sex after sixty*. New York: Balantine Books.
- Byyny, R. L., & Speroff, L. (1996). *Climatério: guia clínico de atendimento à mulher idosa*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Carstensen, L. (1987). Age-related changes in social activity. In L. Carstensen, & B. Edelstein (Eds.), *Handbook of Clinical Gerontology* (pp. 222-237). New York: Pergamon Press.
- Carstensen, L. (1989). A longitudinal analysis of social and emotional dimensions of interpersonal relationships. *Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society of America*. Minneapolis. November.
- Carstensen, L. (1995). Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *Psychological Science*, 4 (5), 151-156.
- Carstensen, L. L. (1998). A life-span approach to social motivation. In J. Heckhausen & C. Dweck (Eds.) *Motivation and self-regulation across the life span* (pp. 341-364). New York: Cambridge University Press.
- Carstensen, L., & Fredrickson, B. (1990). Choosing Social Partners: How Old Age and Anticipated Endings Make People More Selective. *Psychol Aging*, 5 (3), 335-347.
- Carstensen, L., Isaacowitz, D., & Charles, S. (1999). Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54 (3), 165-181.

- Carvalho, M. I. L. B. (2009). Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 12 (2), 119-133.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of the attachment relationships. In N. Fox (Ed.), *The development of emotional regulation. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 228-249.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & Human Development*, 3 (2), 121-155.
- Collins, W. A., & Sroufe, L. A. (1999). Capacity for intimate relationships: A developmental construction. In W. Furman, B. B. Brown, & C. Feiring (Eds.), *Contemporary perspectives on adolescent romantic relationships* (pp. 241-267). Cambridge: University of Cambridge Press.
- Collins, W. A., Hennighausen, Madsen & Roisman, G. (1998). *Dyadic Coding of Couple Interactions: rating qualitative features of close relationships*. Unpublished Coding Manual, Institute of Child Development, University of Minnesota.
- Costa, M. E. (2005). *Á procura da intimidade*. Porto: Asa Editores, S.A.
- Costa, R. P. (1994). *Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana*. São Paulo: Gente.
- Creswell, J. (2009). *Research design: Qualitative, Quantitative, and mixed methods approaches*. Londres: Sage.
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. University of Nebraska. Lincoln: Sage publications.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 434-465). New York: Guilford Press.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2, 635.
- Crowell, J. A., Treboux, D., Gao, Y., Fyffe, C., Pan, H., & Waters, E. (2002). Assessing secure base behaviour in adulthood: Development of a measure links to adult attachment representations, and relations to couples' communication and reports of relationships. *Developmental Psychology*, 38, 679-693.
- Cruz, S., & Oliveira, I. S. (2002). Sexualidade e terceira idade: uma visão histórico-cultural, 103-130.
- Cummings, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old*. New York: Basic.
- Dantas, J. M. R., Silva, E. M., & Loures, M. C. (2002). Lazer e sexualidade no envelhecer humano. *Estudos Goiânia*, 29 (5), 1395-1420.
- Davies, H. D., Newkirk, L. A., Pitts, C. B., Coughlin, C. A., Sridhar, S. B., Zeiss, L. M., & Zeiss, A. M. (2010). The impact of dementia and mild memory impairment (MMI) on intimacy and sexuality in spousal relationships. *International Psychogeriatrics*, 22 (4), 618.

- De Almeida Troni, J. L. P., Moita, R., Lourenço, M. P. M., & Universidade de Lisboa. (2008). *Catarina de Bragança (1638-1705)*. Portugal: Edições Colibri.
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: a review and Synthesis. *The Journal of the Sex Research*, 49 (2-3), 125-141.
- DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual Desire in Later Life. *The Journal of the Sex Research*, 42 (2), 138-145.
- Denney, N. W. J. R., & Kihlstrom, J. F. (1992). An adult developmental study of the encoding of spatial location. *Experimental Aging Research*, 18, 25-32.
- Diokno, A. C., Brock, B. M., Herzog, A. R., & Bromberg, J. (1990). Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. *Urology*, 36 (2), 129-138.
- Dourado, M., Finamore, C., Barroso, M. F., Santos, R., & Laks, J. (2010). Sexual satisfaction in dementia: perspectives of patients and spouses. *Sexuality and Disability*, 28(3), 195-203.
- Ehrenfeld, M., Bronner, G., Tabak, N., Alpert, R., & Bergman, R. (1999). Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia. *Nursing Ethics*, 6 (2), 144-149.
- Elicker, J., England, M., & Sroufe, L. A. (1992). Predicting peer competence relationships in childhood from early parent-child relationships. In R. D. Parke & G. W. Ladd (Eds.) *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp.77-107). Hillsdale: Erlbaum.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Faria, C. (2008). *Vinculação e desenvolvimento epistemológico em jovens adultos*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Faria, C., & Bastos, A. (2010). A Qualidade da vinculação e o cuidar na vida e na velhice: Contributos da teoria e investigação. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A.T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A., Sampaio & M.C., Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 416-426).
- Feeney, J. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 355-377). New York: The Guilford Press.
- Fernandes, Ana Alexandre (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*: Coimbra: Quarteto.
- Fernández- Ballesteros, R. (2000). Gerontologia social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social* (pp. 31-54). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Concepto y modelos teóricos. In R. Fernández-Ballesteros (Eds.), *Envejecimiento activo: contribuciones de la psicología* (pp. 59-99). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Flor, E., & Nascimento-Schulze, C. M. (2000). Representações sociais da sexualidade: um estudo com mulheres da terceira idade. *Revista de ciências humanas*, 5, 81-94.
- Fonseca, A. M. & Paúl, C. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

- Frainam, A. P. (1994). *Sexo e afeto na terceira idade: aquilo que você quer saber e não teve com quem conversar*. São Paulo: Gente.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., & Muraco, A. (2010). Aging and sexual orientation: A 25-year review of the literature. *Research on Aging*, 32 (3), 372-413.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. São Paulo: Editora Abril.
- Freud, S. (1973). *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fries, J. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303, 130-135.
- Fries, J. F. (1989). *Aging well: A guide for successful seniors*. Mass: Addison Wesley Publishing Company.
- Gergen, K. J. (2001). *Social construction in context*. London: Sage.
- Godinho, P., Sequeira, B., Paredes, P., & Pereira, L. S. (2007). Cálculo das necessidades hídricas das culturas de acordo com a metodologia dos coeficientes culturais duais: o modelo SIMDualKc. In II Congresso de Rega e Drenagem, (Fundão26, 27, 28 de Junho de 2007), CORT, Beja, CD-ROM com 32.
- Goldstein, J. R. (2009). How populations age. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp.7-18).Springer Science Business Media.
- Gradim, C. V. C., Sousa, A. M. M., & Lobo, J. M. (2007). A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare enferm*, 12 (2), 204-13.
- Graeff, L. (2008). Instituições totais e a questão asilar: uma abordagem compreensiva. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre*, 11, 9-27.
- Havighurst, R. J. (1953). *Human development and education*. Oxford: Longmans, Green.
- Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hinde, R. A., & Stevenson-Hinde, J. (1987). Interpersonal relationships and child development. *Developmental Review*, 7 (1), 1-21.
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N. J., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Winkle, P. J. Whitehouse & D. L. Morris (Eds.), *Successful aging through the life span: intergenerational issues in health* (pp.101-122). New York: Spring Publishing Company, Inc.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-span development and behavior*, 3, 253-286.
- Kaplan, H. (1990). Sex, intimacy and the aging process. *Journal of American Academy*, 18, 185-205.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological bulletin*, 118 (1), 3.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child development*, 135-146.
- Kramer, M. (1980). The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 62, 282-297.

- Lang, F., Staudinger, U., & Carstensen, L. (1998). Perspectives on Socioemotional Selectivity in Late Life: How Personality and Social Context Do (and Do Not) Make a Difference. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53 (1), 21-30.
- Levinson, D. J. (1980). Toward a conception of the adult life course. In N. Smelser & E. H. Erikson (Eds.), *Themes of love and work in adulthood* (pp. 265-290). Cambridge: Harvard University Press.
- Lima, V., Vieira, F., & Soares, I. (2006). Vinculação em casais: avaliação da representação da intimidade e da interação conjugal. *Psicologia*, 20 (1), 51-63.
- Lindau, S., Schumm, P., Laumann, E., Levinson, W., & O'Muircheartaigh, C. W. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357 (8), 762-774.
- López, F., Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade, Associação para o Planeamento da Família*, Lisboa: APF.
- López, F., Sánchez, F. L., & Fuertes, A. (1989). *Para comprender la sexualidade* (Vol. 21). Madrid: Ediciones Loyola.
- Magalhães, R. (2012). Velhice institucionalizada: vivência plena do ser idoso nas sociedades contemporâneas? (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Mahieu, L., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International journal of nursing studies*, 48 (9), 1140-1154.
- Main, M. (1983). Exploration, play, and cognitive functioning related to infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 6, 167-174.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209), 66- 104.
- Márquez, G. G. (2014). *El amor en los tiempos del cólera*. Espanha: Debolsillo.
- Maslow, A. H. (1962). *Some basic propositions of a growth and self-actualization psychology. Perceiving, behaving, becoming: A new focus for education*, 34-49. Princeton: D. Van Nostrand Company.
- Meston, C. M. (1997). Aging and Sexuality. *Successful Aging*, 167, 285-290.
- Mestre, O. (1999). O Envelhecimento e a mobilização. Prevenção de acidentes. *Geriatrics*, 116 (12), 18-27.
- Mixão, M. L. & Borges, J. C. F. (2006). A sexualidade no idoso. *Revista Enfermagem*. 2ª Série. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Monteiro, D. M. R. (2006). Afetividade e Intimidade. In E.V. Freitas et al. (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Morais, D. & Faria, C. (2013). Vinculação e cuidados filiais: Contributos para a investigação e intervenção nas demências. *Actas de Gerontologia*, 1 (1), 1-10.
- Narciso, I. (1996). El ciclo vital de la pareja. In M. Millán (Ed.). *Psicología de la Familia. Un enfoque evolutivo e sistémico*. Valencia: Promolibro.

- Nazareth, J.M. (2010). *Demografia. A Ciência da População*. Lisboa: Editorial Presença.
- Negreiros, T. C. G. M. (2004). Sexualidade e género no envelhecimento. *Alceu*, 5 (9), 77-86.
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Neugarten L. (1979). Time, Age, and the Life Cycle. *Am J Psychiatry*, 7, 136.
- Nogueira, M. M. L., Brasil, D., Sousa, M. F. B. D., Santos, R. L., & Dourado, M. C. N. (2013). Sexual satisfaction in dementia. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 40 (2), 77-80.
- O.M.S. (2001). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Parreño, J. R. (1984). *Atividades físicas na vida diária do idoso*. Saúde, 8, pp. 270-275.
- Pasini, W. (1990). *Intimidade. O outro espaço da afetividade*. Lisboa: Difusão Cultural.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almeida.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do Idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Prager, K. (1995). *The psychology of intimacy*. New York: The Guildford Press.
- Ramos, F. & González, H. (1994). La sexualidade en la vejez. In J. Buendia (comp.). *Envejecimiento y psicologia de la salud* (pp. 154-157). Madrid: Siglo XXI de España. Editores, S.A.
- Ribeiro, A. (2002). Sexualidade na Terceira Idade. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 124-135). São Paulo: Atheneu.
- Risman, A. (2005). Sexualidade e Terceira Idade: uma visão histótico-cultural. *Textos Envelhecimento*, 8 (1), 1-17.
- Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Relógio D'Água editores.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1998). The structure of successful aging. In J. Rowe, & R. Kahn (Eds.), *Successful Aging* (pp. 50-74). New York: Random House Large Print.
- Saito, M. I. (1996). Sexualidade, adolescência e orientação sexual: Reflexões e desafios. *Rev. med. (São Paulo)*, 75 (1), 26-30.
- Salgado, C. D. S. (2002). Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento, Porto Alegre* 4, pp. 7-19.
- Sánchez, F. L. & Ulacia, J. C. O. (2006). *Sexualidad en la vejez*. 2ª edición. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Santini, R. E. (2000). *O perfil do Idoso na sua Unidade Domestica – o Caso de Viçosa* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Viçosa, Brasil.
- Santos, A. D. (2003). *Demonstração do valor adicionado*. São Paulo: Atlas.
- Santos, G., & Marques, T. R. (2001). Sexualidade no idoso. In H. Firmino, L. C. Santos, V. M. D. (2013). *Institucionalização na terceira idade: escolha ou última alternativa?* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior, Ciências Sociais e Humanas, Covilhã.
- Santos, I. (1993). *A sexualidade dos idosos. Um estudo exploratório* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: ISPA.

- Schaie, K., & Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. London: Prentice Hall.
- Schroots, J. J. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, 36 (6), 742-748.
- Sexton, R. & Sexton, V. (1982). Intimacy: A historical perspective. In M. Fisher & G. Stricker (Eds.). *Intimacy* (pp. 1-20). New York: Plenum Press.
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação sobre as relações de vinculação. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 381-434). Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (2002). *A vinculação vinculada*. (Manuscrito não publicado). Departamento de Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Braga.
- Soares, I. (2010). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In Jongenelen, I., Carvalho, M., Mendes, T. & Soares, I. *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (p.p.12-39). Braga: Psiquilíbrios.
- Soares, I. M. C. (1992). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional: mãe-filho(a)*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Sousa, J. L. (2008). Sexualidade na terceira idade: uma discussão da Aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. *DST j. bras. doenças sex. transm*, 20 (1), 59-64.
- Sroufe, A. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367.
- Sroufe, L. A. (2002). From infant attachment to promoting of adolescent autonomy: Prospective, longitudinal data on the role of parents in development. In J. G. Borkowski, S. L. Ramey, & M. Bristol-Power (Eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and socialemotional development*. Mahwah: Erlbaum.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context: The Minnesota Longitudinal Study. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 48-70). New York: Guilford Press.
- Steinhagen-Thiessen, E., Gerok, W., & Borchelt, M. (1994). *Innere Medizin und Geriatrie. Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*. Berlin New York: Walter de Gruyter.
- Sternberg, R. J. (1988). *The triangle of love: Intimacy, Passion, Commitment*. New York: Basic Books.
- Sullivan, K. A. (1993). Self-Disclosure, Separation, and Students: Intimacy in the Clinical Relationship. *Ind. L. Rev.*, 27, 115.
- Thompson, W. G., Longstreth, G. F., Drossman, D. A., Heaton, K. W., Irvine, E. J., & Müller-Lissner, S. A. (1999). Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut*, 45 (2), 1143-1147.

- Vasconcellos, D., Novo, R. F., Castro, O. P. D., Vion-Dury, K., Ruschel, Â., Couto, M. C. P. D. P. & Giami, A. (2004). Sexuality in ageing process: a new guideline-transcultural comparison. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 413-419.
- Vieira, S., Hassamo, V., Branco, V., & Vilelas, J. (2014). A vivência da sexualidade saudável nos idosos: O contributo do enfermeiro. *Salutis Sci*, 6, 35-45.
- Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child development*, 71 (1), 164-172.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General discussion. *Child Development*, 71, 703-706.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999). *The nature of individual differences in infant-caregiver attachment*. New York: Guilford Press.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour* (pp. 171-194). New York: Basic Books.
- Welch, S. J., & Clements, G. W. (1996). Development of a policy on sexuality for hospitalized chronic psychiatric patients. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 41 (5), 273-279.
- Zimerman, I. G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimmermann, P. (1999). Structure and functions of internal working models of attachment and their role for emotion regulation. *Attachment & Human Development*, 1, 291-306.

